

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E
VALIDAÇÃO DO TERMÔMETRO DE ANGÚSTIA
(*DISTRESS THERMOMETER*)**

LUCIANA LIMA ZENI

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para a obtenção do Título de mestre
em Ciências**

Área de concentração: Oncologia

Orientadora: Dra. Célia Lída da Costa

Co-orientador: Dr. Aldo L. Abbade Dettino

São Paulo

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Zeni, Luciana Lima

Tradução, adaptação cultural e validação do termômetro de angústia (Distress Thermometer) / Luciana Lima Zeni – São Paulo, 2011.

48p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientadora: Célia Lúcia da Costa

Descritores: 1. PSICOLOGIA. 2. NEOPLASIAS. 3. CÂNCER. 4. 5. ESTUDOS DE VALIDAÇÃO. 6. TRADUÇÃO (PROCESSO). 7. ESCALA PSICOLÓGICA. 8. SINTOMAS AFETIVOS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, José Luiz e Margarida, por estarem sempre presentes contribuindo desta forma para o meu desenvolvimento pessoal, e pelo apoio incondicional à minha formação profissional.

Aos meus irmãos, Rodrigo e Alexandre, pelo amor e incentivo.

Ao meu marido Maurício, pela paciência e apoio.

À amiga Leila Haruko Nakamoto, ao lado de quem tive a oportunidade de caminhar durante estes anos e com quem venho tentando aprender e crescer a cada dia.

À Dra. Célia Lúcia da Costa, por me incentivar, acreditar no meu potencial e me orientar na produção deste trabalho.

Ao Dr. Aldo Lourenço Abadde Dettino, por todas as contribuições valiosas ao desenvolvimento desta pesquisa e pela confiança em meu trabalho com os pacientes do Hospital.

Ao Dr. Marcelo Ferreti Fanelli, que permitiu a coleta de dados no ambulatório da Oncologia Clínica.

A toda a equipe administrativa do Departamento de Oncologia Clínica: Alessandra, Amanda, Bianca, Juliana, Kleber, Lafaete, Márcia e Solange, pela paciência e ajuda durante o processo de coleta de dados.

Às amigas Ana Flavia Lemos, Cibele Baesso, Ana Carolina M. Staniscia, Adriana Fernandes V. Mello e Maria Luiza F. Nassar, pela contribuição imprescindível à realização deste estudo.

À equipe da Pós-Graduação: Ana Maria Rodrigues Alves Kuninari, Luciana C. Pitombeira Castelano e Vanuza Barros Rodrigues pela paciência e suporte permanentes.

À Ana Paula Drummond Guerra pela revisão do texto.

À equipe da biblioteca, representada por Suely Francisco, por todo o empenho em me ajudar nas horas mais necessárias.

À diretoria do CIP - Centro de Infusões Pacaembu - especialmente à Sra. Helena Catão pelo apoio incondicional na minha busca por desenvolvimento profissional.

A todos os pacientes que vêm contribuindo direta e indiretamente para o meu crescimento.

RESUMO

Zeni LL. **Tradução, adaptação cultural e validação do termômetro de angústia (Distress Thermometer)**. São Paulo; 2011. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Introdução. Estima-se que 30% dos pacientes oncológicos com doença avançada apresentam níveis significativos de angústia e a *National Comprehensive Cancer Network* (EUA) preconiza que os profissionais que atuam em cuidados paliativos devem estar preparados para identificar, monitorar e tratar este sintoma. Para enfrentar limitações relacionadas à sua identificação, foram criados vários instrumentos que pudessem avaliar o nível de angústia apresentada pelos pacientes, como escalas de avaliação auto aplicativas e entrevistas estruturadas. Dentre elas, o *Distress Thermometer* (Termômetro de Angústia - TA) tem sido amplamente citado na literatura, constando em mais de 50 publicações científicas nos últimos 10 anos que indicam sua eficácia como método rápido de rastreamento em diferentes populações oncológicas. **Objetivo.** Traduzir para a Língua Portuguesa, adaptar culturalmente e validar o instrumento *Distress Thermometer*. **Métodos.** A casuística foi composta por 248 pacientes atendidos no hospital A.C. Camargo de São Paulo, com diagnóstico de neoplasia de trato gastro-intestinal em estágio avançado. O instrumento foi traduzido e adaptado culturalmente, seguindo normas estabelecidas pela literatura internacional. Foi solicitado aos participantes que respondessem à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e à versão traduzida do Termômetro de Angústia, cujos dados obtidos possibilitaram os cálculos necessários para o estabelecimento da validade e da confiabilidade do Termômetro de Angústia. As variáveis categóricas foram analisadas a partir de suas médias, medianas e frequências relativas e a comparação entre as médias dos dois instrumentos foi observada através dos testes de Spearman, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. A nota de corte da versão em

português foi estabelecida a partir da análise da curva ROC, dos índices de sensibilidade e especificidade e dos valores preditivos positivo e negativo.

Resultados. A idade mediana dos participantes foi 60 anos; 54% deles eram do sexo masculino, a maioria (78,2%) foi atendida na Instituição por meio de convênio médico particular, 46,8% cursaram o Ensino Superior, 26,2% eram profissionalmente ativos, 71,8% viviam maritalmente. A religião predominante entre os voluntários foi a católica (70,6%), 80,2% dos pacientes eram provenientes do Estado de São Paulo e/ou da capital, apenas 18,5% faziam uso de medicação psiquiátrica no momento da realização do estudo e 54,4% estavam sob tratamento oncológico. Na versão em português do Termômetro de Angústia (TA), os participantes da pesquisa obtiveram escore mediano de três pontos e os resultados obtidos a partir do preenchimento da Lista de Problemas indicaram que 83,1% dos pacientes apresentavam problemas emocionais. Estes resultados mostraram que, adotando-se a nota de corte de cinco pontos, o TA apresenta especificidade de 76,0%, Sensibilidade de 82,6%, Valor Preditivo Negativo igual a 91,9% e Valor Preditivo Positivo igual a 57,0%. **Conclusão.** Os dados obtidos a partir desta pesquisa indicam que a versão traduzida Termômetro de Angústia é uma ferramenta válida e confiável e seu uso como auxiliar no processo de investigação dos sintomas emocionais apresentados pelo paciente pode ser de grande ajuda. Além disso, a avaliação da Lista de Problemas destaca a importância da assistência às questões emocionais apresentadas por pacientes com doença oncológica avançada, indicando a necessidade de oferta de um atendimento interdisciplinar no contexto de Cuidados Paliativos Oncológicos.

SUMMARY

Zeni LL. [Translation, cultural adaptation and validation of the Distress Thermometer] São Paulo; 2011. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Background. Approximately 30% of cancer patients with advanced disease have significant levels of anxiety and NCCN recommends that professionals working in palliative care must be able to identify, monitor and treat these symptoms. To address limitations related to the identification of these symptoms, several screening tools were created to assess the levels of distress reported by patients, such as self-report scales and structured interviews. Among those tools, the Distress Thermometer (DT) has been widely reported in the literature; its presence in more than 50 publications over the last 10 years indicates its effectiveness as a rapid method for screening different oncology populations. **Objective.** To conduct the first translation of the Distress Thermometer (DT) to Brazilian Portuguese, authorized by NCCN, including the proper cross-cultural adaptation and validation. **Methods.** The sample included 248 outpatients diagnosed with gastrointestinal cancer in advanced stages, treated at Hospital A.C. Camargo, São Paulo, Brazil. The instrument was translated and culturally adapted, according to standard rules established by international literature. Participants were asked to answer the translated version of the DT and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the data obtained enabled the necessary analysis to establish the validity and reliability of the translated version of the DT. Variables were analyzed from their mean, median and relative frequencies and the comparison between the mean score of the two instruments was observed by Spearman's, Mann-Whitney's and Kruskal-Wallis's tests. The cutoff value of the Portuguese version was defined from the ROC curve, the sensitivity and specificity and positive and negative predictive values analysis. **Results.** The mean age of the sample was 60 years, the majority of them were male (54%), 71,8% lived maritally, 46,8%

had college degree. Most participants were Catholic (72%), 26,2% were working, 80,2% lived in Sao Paulo, 18,5% were taking psychiatric medication and 54,4% were under oncological treatment. The median score of DT was 3 and 206 (83,1%) patients were experiencing emotional problems. These results showed that, by adopting a cutoff score of five points, the translated version of the Distress Thermometer has a specificity of 76.0%, sensitivity 82.6%, negative predictive value equal to 91.9% and positive predictive value equal to 57, 0%. **Conclusion.** Data on this research indicate that the translated version Distress Thermometer is a valid and reliable tool and its use as an aid in the investigation of emotional symptoms presented by patients can be of great help. Furthermore, assessment of the Problem List highlights the importance of emotional assistance for patients with advanced cancer, indicating the need to offer an interdisciplinary approach in the context of oncological palliative care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição proporcional do total de mortes por câncer segundo localização primária do tumor, em homens, Brasil, período 2003-2007.....	5
Figura 2	Distribuição proporcional do total de mortes por câncer segundo localização primária do tumor, em mulheres, Brasil, período 2003-2007.....	6
Figura 3	Distribuição das idades dos participantes.....	17
Figura 4	Frequência das categorias referentes a religião.....	19
Figura 5	Frequência das categorias referentes ao vínculo financeiro com a Instituição.....	19
Figura 6	Frequência das categorias referentes a procedência dos pacientes.....	20
Figura 7	Incidência de Ansiedade e Depressão segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).....	21
Figura 8	Histograma por número de casos das categorias da Lista de Problemas.....	22
Figura 9	Curva ROC (nota de corte).....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número e porcentagem de indivíduos segundo dados sóciodemográficos e características clínicas, Hospital A.C. Camargo, Ano 2009.....	18
Tabela 2	Número e porcentagem de pacientes segundo localização das neoplasias, Hospital A.C. Camargo, Ano 2009.....	20
Tabela 3	Número e porcentagem de pacientes segundo presença de problemas práticos, familiares, emocionais, físicos e questões religiosas/espirituais, Hospital A.C. Camargo, Ano 2009.....	24
Tabela 4	Número de pacientes segundo escore TA e escore HADS-T, Hospital A.C. Camargo, Ano 2009.....	25
Tabela 5	Médias e respectivos desvios-padrão do escore do TA, segundo variáveis sócio-demográficas, clínicas e problemas práticos, familiares, emocionais, físicos e questões religiosas...	27
Tabela 6	Coeficientes de correlação entre TA e HADS.....	29
Tabela 7	Comparação entre as médias no escore do TA de acordo com a Lista de Problemas.....	29

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Transtornos afetivos e câncer	2
1.2	Câncer do Trato Gastrointestinal	3
1.3	Angústia em pacientes oncológicos com doença avançada.....	6
1.4	O Termômetro de Angústia	9
2	OBJETIVO	12
3	CASUÍSTICA E MÉTODOS	13
4	RESULTADOS	16
4.1	Tradução da palavra <i>distress</i>	16
4.2	Caracterização da amostra.....	17
4.3	Escalas de avaliação	21
4.4	Comparação das médias do termômetro de angústia de acordo com as variáveis.....	26
5	DISCUSSÃO	31
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
7	CONCLUSÃO	43
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

ANEXOS

- Anexo 1** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Anexo 2** Questionário de dados sócio-demográficos
- Anexo 3** Distress Thermometer (NCCN, 2008)
- Anexo 4** Termômetro de Angústia
- Anexo 5** Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS

- Anexo 6** Autorização de utilização do instrumento para sua tradução
- Anexo 7** Renovação da autorização de utilização do instrumento para sua tradução
- Anexo 8** Autorização de publicação do instrumento traduzido
- Anexo 9** Resumo da apresentação oral realizada no I Congresso Brasileiro de Cuidados Paliativos, Casa do Cuidar, São Paulo, 2009
- Anexo 10** Resumo da apresentação de pôster realizada no Simpósio de Câncer Gastrointestinal da Associação Americana de Oncologia Clínica, Chicago, 2011

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas quatro ou cinco décadas, assistimos a grandes mudanças em relação ao sucesso dos tratamentos para pacientes com câncer. Estes avanços da medicina têm resultado em melhores métodos diagnósticos, tratamentos menos invasivos, dolorosos e desgastantes, na possibilidade de cura de alguns casos antes incuráveis e no aumento dos índices de sobrevida dos pacientes sem possibilidade de cura (HOLLAND 2003).

Apesar disso, o diagnóstico de câncer tem um efeito devastador para a maioria dos pacientes, uma vez que provoca reações psicológicas agudas devido à angústia suscitada por esta situação (FORD et al. 1995; KRUIJVER et al. 2006; HAWKES et al. 2010). Embora a maioria dos pacientes consiga lidar com esta conjuntura, alguns podem apresentar níveis significativos de sofrimento emocional necessitando de auxílio psicológico especializado (FORD et al. 1995).

Por estes motivos, os estudos vêm focando não apenas nos tratamentos oferecidos aos pacientes oncológicos, mas também nas suas repercussões relacionadas à qualidade de vida pós-tratamento. Essa preocupação se reflete no interesse de pesquisadores em estudar não só as sequelas físico-clínicas, mas também as consequências psicológicas e sociais destes tratamentos (HOLLAND 2003).

1.1 TRANSTORNOS AFETIVOS E CÂNCER

Em um dos estudos pioneiros sobre a prevalência de transtornos psiquiátricos na população oncológica, DEROGATIS et al. (1983) observou que 47% dos pacientes com câncer apresentavam transtornos psiquiátricos. A maioria dos pacientes deste estudo (32%) apresentava sintomas de Transtorno de Ajustamento, 6% preenchiam critérios diagnósticos para Transtornos Depressivos e 2% para Transtornos de Ansiedade.

Para a população em geral, os números esperados são aproximados, variando de 5 a 10% para o diagnóstico de Depressão e entre 3 e 12% para Ansiedade (BERGQUIST et al. 2007).

A dificuldade em precisar a ocorrência de transtornos psiquiátricos na população oncológica relaciona-se ao fato dos estudos utilizarem diferentes métodos de diagnóstico e à variação nos níveis de sintomas considerados por cada pesquisador, pois estes fatores podem confundir os dados obtidos (BOTTOMLEY 1998; WILSON et al. 2007). As pesquisas sobre a incidência de depressão em pacientes oncológicos, por exemplo, resultam em números bastante divergentes, variando de 1,5% a 50% (BOTTOMLEY 1998; BULTZ e CARLSON 2006; BAUWENS et al. 2009).

A literatura indica que os Transtornos de Ajustamento, ou seja, os estados depressivos e ansiosos agudos são os transtornos emocionais com maior incidência nesta população, atingindo 25% a 50% dos pacientes oncológicos (WILSON et al. 2004; KRUIJVER et al. 2006).

Estudos mais atuais apontam que cerca de 30% dos pacientes com câncer apresentam transtorno de angústia, independentemente do estágio da doença, sendo este um transtorno tratável, que pode compreender sintomas depressivos e/ou ansiosos e pode apresentar manifestações bastante diversificadas (MITCHELL 2010).

Vários fatores de risco podem ser associados a elevados níveis de sofrimento psicológico, tais como: falta de suporte social, histórico psiquiátrico prévio, elevado número de sintomas físicos, preocupações ligadas a questões existenciais. Estas variáveis são comumente observadas em pacientes com doença avançada (ZABORA 1998; WILSON et al. 2004; GRAVES et al. 2007; BAUWENS et al. 2009).

1.2 CÂNCER DO TRATO GASTROINTESTINAL

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) as principais neoplasias de trato gastrointestinal (TGI) apresentam altos índices de prevalência na população mundial. O câncer colorretal apresenta-se como a segunda neoplasia mais frequente no mundo, com a expectativa de 943 mil novos casos em 2010, dos quais 28 mil são esperados na população brasileira. O câncer de estômago é a terceira neoplasia mais comum no mundo, com 870 mil casos novos estimados para 2010, sendo que no Brasil são esperados mais de 21 mil casos novos. Já as neoplasias de esôfago esperadas para 2010 no mundo todo alcançam 391 mil novos casos, chegando a quase 11 mil no nosso país.

As neoplasias de TGI (esôfago, estômago, cólon e reto, pâncreas e fígado) têm em comum o fato de normalmente serem diagnosticadas tardiamente, ou seja, em estágio avançado. Nos últimos anos, políticas de prevenção buscando o diagnóstico precoce do câncer colorretal têm obtido grande sucesso, diminuindo as taxas de mortalidade mundiais causadas por esta neoplasia (ROSSI 2005; Ministério da Saúde 2009).

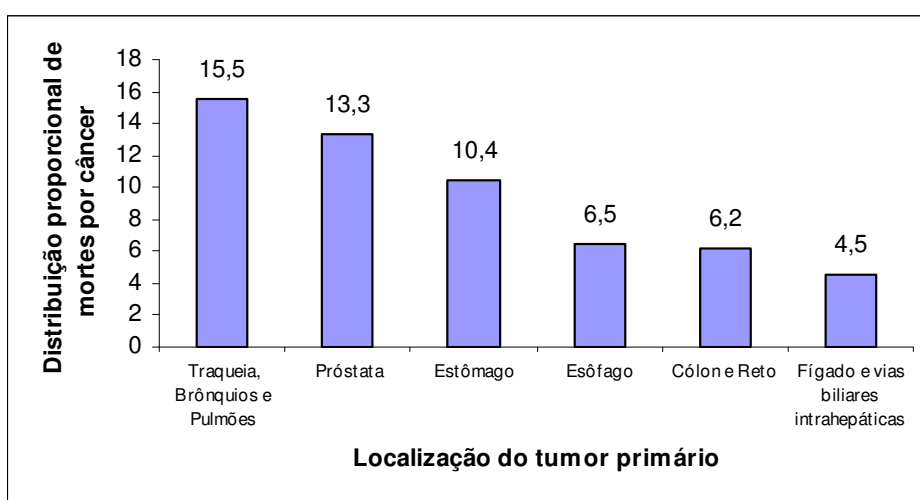
Uma vez que as neoplasias de TGI em fases iniciais são assintomáticas, os pacientes chegam aos consultórios médicos devido aos sintomas de tumores mais avançados ou das metástases (ROSSI 2005; Ministério da Saúde 2009).

O câncer de esôfago é assintomático até que o tumor cresça a ponto de obstruir a luz esofágica, momento em que o paciente acaba por evoluir com disfagia, indício que comumente leva o paciente a buscar auxílio médico (FERREIRA e FERREIRA 2005). Da mesma forma, o diagnóstico do câncer de estômago é, em geral, tardio e conseqüentemente em fase avançada da doença, sendo esta a segunda causa de óbitos por câncer no mundo todo (COIMBRA e MONTAGNINI 2005).

Apesar dos avanços no diagnóstico e das políticas preventivas adotadas, ainda é comum que as neoplasias de cólon e reto sejam diagnosticadas a partir de sintomas relacionados a metástases hepáticas, bastante comuns na evolução da doença (ROSSI 2005).

As neoplasias hepáticas, por sua vez, são bastante agressivas, de manejo clínico complicado, de rápida evolução e igualmente assintomáticas em fases iniciais (COIMBRA e HERMAN 2005).

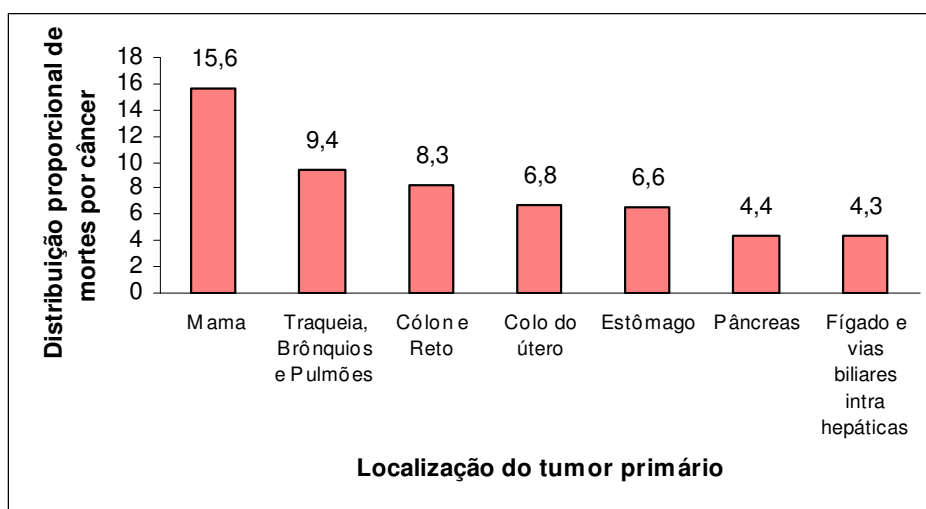
Por estes motivos, as neoplasias de TGI apresentam altas taxas de mortalidade. Registros do Instituto Nacional de Câncer-INCA mostram que entre os anos de 2003 e 2007 neoplasias do estômago, esôfago, cólon e reto e fígado e vias intrahepáticas foram as 3^a, 4^a, 5^a e 6^a causas de morte por câncer entre os homens, respectivamente (Ministério da Saúde 2009) (Figura 1).



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2009)

Figura 1 - Distribuição proporcional do total de mortes por câncer segundo localização primária do tumor, em homens, Brasil, período 2003-2007.

Entre as mulheres que evoluem a óbito em decorrência da doença, o câncer colorretal é a 3^a causa de morte, o câncer gástrico ocupa a 5^a posição do *ranking*, seguido pelas neoplasias de pâncreas (6^o lugar) e de fígado e vias intrahepáticas, que ocupam o 7^o posto (Figura 2).



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2009)

Figura 2 - Distribuição proporcional do total de mortes por câncer segundo localização primária do tumor, em mulheres, Brasil, período 2003-2007.

Tomados em conjunto, estes dados indicam que os pacientes com câncer de trato gastrointestinal geralmente apresentam doença avançada ou metastática já ao diagnóstico. Desta forma, uma vez que o presente estudo propõe-se a observar questões relacionadas à doença oncológica avançada a população escolhida como foco da pesquisa foi a de pacientes portadores de neoplasia de TGI.

1.3 ANGÚSTIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DOENÇA AVANÇADA

A angústia (*distress*) é um sintoma bastante comum no contexto oncológico, independentemente do estágio da doença, mas geralmente está associada a um número significativo de necessidades não satisfeitas percebidas como redução na qualidade de vida, número elevado de

sintomas físicos, ausência de rede de suporte familiar e social, insatisfação com o cuidado clínico oferecido, prognóstico reservado ou baixa expectativa de sobrevida, dentre outros (GRAVES et al. 2007; MITCHELL 2010).

No Manual de Orientação para o Gerenciamento da Angústia relacionada ao câncer da *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN 2008), a angústia é definida como uma vivência psicológica desprazerosa, de caráter emocional, espiritual ou social, passível de dificultar a adaptação do paciente à doença, seu tratamento e seus sintomas. Essa experiência emocional pode variar quantitativamente entre sentimentos de tristeza, medo e vulnerabilidade “normais”, isto é, uma reação emocional adequada à situação, até níveis incapacitantes de depressão e ansiedade, que podem evoluir para sintomas de isolamento social e crises existenciais (NCCN, 2008). Em termos de critérios diagnósticos, a angústia referida pelos pacientes oncológicos pode ser indicativa tanto de Transtornos de Ajustamento quanto de Transtornos Depressivos ou Ansiosos (MITCHELL 2007).

A prevalência de Transtorno Depressivo Maior na população de pacientes oncológicos com doença em estágio avançado é de 15%, porém pacientes com outros transtornos depressivos mais leves também estão sujeitos a desenvolver níveis significativos de angústia. WILSON et al. (2007) observaram que 20,7% dos pacientes com câncer avançado apresentavam transtornos depressivos e 13,9% apresentavam transtornos ansiosos, sem diferenciar estes diagnósticos do Transtorno de Ajustamento

e não estabelecendo relação entre a prevalência de morbidade psiquiátrica e o estágio avançado da doença.

Entretanto, estudos têm apontado que os pacientes com doença oncológica avançada necessitam de cuidados mais abrangentes, no que diz respeito ao alívio de sintomas físicos e emocionais, aos processos de tomada de decisão e às questões práticas e financeiras que enfrentam (MORITA et al. 2008; NCCN 2008).

Para aperfeiçoar o cuidado oferecido a esta população específica, a NCCN preconiza que os profissionais que atuam em cuidados paliativos possam identificar, monitorar e tratar a angústia relacionada ao câncer adequadamente (VITEK et al. 2007; NCCN 2008).

Apesar de ser um sintoma bastante frequente nesta população – estima-se que 30% dos pacientes apresentam níveis significativos de angústia – o diagnóstico da angústia por meio da observação da equipe clínica é bastante difícil e impreciso, principalmente em serviços oncológicos de grande porte (GIL et al. 2005; GRAVES et al. 2007; MITCHELL 2007; VITEK et al. 2007; BAUWENS et al. 2009; ELLIS et al. 2009; MITCHELL 2010).

Alguns dos motivos que dificultam o diagnóstico destes sintomas são apontados pela literatura: o desconforto dos pacientes em relatar questões emocionais à equipe de saúde, sensação por parte dos pacientes de que o tempo de consulta com o médico é muito curto para discutir o assunto, o foco do tratamento na resolução de sintomas físicos e a falta de tempo

adequado para a equipe avaliar o paciente (JACOBSEN et al. 2005; GIL et al. 2005; KRUIJVER et al. 2006; VITEK et al. 2007; GRAVES et al. 2007).

Para enfrentar estas limitações, foram criados vários instrumentos que pudessem avaliar o nível de angústia apresentado pelos pacientes, como escalas de avaliação auto aplicáveis e entrevistas estruturadas (ZABORA1998; WILSON et al. 2004; RECKLITIS et al. 2007). MITCHELL (2010) considera que o desenvolvimento destes instrumentos observado nos últimos 10 anos foi fundamental para o crescimento da psico-oncologia neste período, uma vez que os estudos sobre a validação destes instrumentos ajudaram a divulgar e a fortalecer o conceito de angústia, até então pouco considerado, principalmente se comparado com o conceito de depressão.

1.4 O TERMÔMETRO DE ANGÚSTIA (TA)

Escalas visuais vêm sendo utilizadas no contexto médico desde o início do século XX, mas apenas em 1969 foram utilizadas na avaliação de humor. Nos anos 1970, vários instrumentos com este formato foram criados para avaliar dor, qualidade de vida e pensamentos suicidas.

Atualmente, pesquisas indicam que dentre os vários instrumentos capazes de detectar a angústia na população oncológica o Termômetro de Angústia (*Distress Thermometer*) destaca-se como o mais indicado por sua fácil aplicação, correção e interpretação (RECKLITIS et al. 2007; BULLI et al. 2009; MITCHELL 2010).

Idealizado pela NCCN e desenvolvido por um painel de 23 profissionais da saúde em companhia de um representante de pacientes para auxiliar os profissionais da saúde a detectarem precocemente pacientes com risco de evoluir com altos níveis de angústia, o Termômetro de Angústia tem sido amplamente citado na literatura, constando em mais de 50 publicações científicas nos últimos 10 anos (MITCHELL 2007; BAUWENS et al. 2009).

O instrumento consiste em uma escala visual, auto-aplicativa, na qual o paciente assinala o grau de angústia experienciado na última semana. É graduada de zero a 10, onde zero corresponde a nenhuma angústia e 10 significa extrema angústia; na versão original do instrumento escores acima de quatro indicam angústia significativa sendo este valor tomado como nota de corte (ROTH et al. 1998; AKIZUKI et al. 2003; MITCHELL 2007; NCCN 2008; MITCHELL 2010).

É solicitado, ainda, que o paciente indique em uma lista, ao lado do termômetro, se questões como: problemas práticos, familiares, emocionais, espirituais ou físicos têm sido fontes de incômodo neste mesmo período de tempo. A Lista de Problemas é um suplemento importante do termômetro, indica as maiores dificuldades vivenciadas pelo paciente e foi concebida para auxiliar na identificação das possíveis fontes de angústia e no encaminhamento adequado para os diversos profissionais das respectivas áreas citadas (NCCN 2008; MITCHELL 2010).

O Termômetro de Angústia foi traduzido para vários idiomas e diversos trabalhos indicam sua eficácia como método rápido de

rastreamento em diferentes populações oncológicas (pacientes recém diagnosticados, pacientes com tumores cerebrais, pacientes que realizaram transplante de medula óssea, sobreviventes de câncer infantil e familiares de pacientes oncológicos) e em diferentes contextos culturais (Ásia, Américas, Europa) (ROTH et al. 1998; TRASK et al. 2002; AKIZUKI et al. 2003; AKIZUKI et al. 2005; GIL et al. 2005; JACOBSEN et al. 2005; RANSOM et al. 2006; DI DIO et al. 2007; GRAVES et al. 2007; MEHNERT et al. 2007; RECKLITIS et al. 2007; VITEK et al. 2007; DOLBEAULT et al. 2008; GESSLER et al. 2008; GRASSI et al. 2008; HEGEL et al. 2008; MORITA et al. 2008; KEIR et al. 2008;; TUINMAN et al. 2008; SHIM et al. 2008; BULLI et al. 2009; VAN DOOREN et al. 2009; HAWKES et al. 2010; MITCHELL 2010; ZWAHLEN et al. 2010).

Além disso, MITCHELL (2010) chama a atenção para o fato de o Termômetro de Angústia ser um dos únicos dois instrumentos validados a partir da comparação com o resultado de uma entrevista e com mais de uma amostra independente.

Pelos motivos apontados até aqui é possível perceber a importância de disponibilizar aos profissionais brasileiros a versão traduzida, culturalmente adaptada e validada do *Distress Thermometer*, sendo essa a proposta do presente trabalho.

2 OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo principal traduzir para a Língua Portuguesa, adaptar culturalmente e validar o instrumento *Distress Thermometer* para pacientes portadores de doença oncológica em estágio avançado. O objetivo secundário foi a caracterização da amostra do estudo a partir da análise estatística dos dados obtidos.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Inicialmente, foi solicitada autorização para a reprodução, tradução e adaptação do instrumento à NCCN, instituição detentora de seus direitos autorais (Anexo 1).

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Antônio Prudente, seguiu-se a tradução e adaptação cultural do instrumento *Distress Thermometer* a partir da metodologia preconizada por BEATON et al. (2000).

O primeiro passo desta etapa foi a tradução para o Português do texto original por dois tradutores independentes, leigos no assunto abordado, não atuantes na área de saúde e não informados sobre o propósito do trabalho. Os tradutores foram consultados sobre as eventuais diferenças nas traduções realizadas e a partir desta consulta, foi elaborada uma síntese das traduções. A seguir foram realizadas duas retro-traduções (*back-translations*) da síntese para o idioma de origem (Inglês) por dois indivíduos fluentes em ambos os idiomas, que não conheciam o instrumento ou seu conceito principal e que não trabalham na área da saúde. O terceiro passo foi a comparação entre a síntese das traduções e as retro-traduções e avaliação de modificações semânticas e idiomáticas necessárias para a produção da versão final do instrumento, realizada por uma profissional graduada em Letras (Inglês-Português) e fluente nos dois idiomas, resultando na versão final do instrumento em Português (Anexo 4).

A coleta dos dados foi realizada nos meses de fevereiro, março, junho e julho de 2009 na sala de espera do Departamento de Oncologia Clínica do Hospital A.C. Camargo, na cidade de São Paulo. Os pacientes foram recrutados enquanto aguardavam pela consulta, após terem sido previamente selecionados a partir da leitura dos prontuários, seguindo-se dos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Os critérios de inclusão foram: idade acima de 18 anos e diagnóstico de câncer em trato gastrointestinal avançado (Estadiamento Clínico: IV ou Classificação TNM: TxNxM1). Os critérios de exclusão foram: presença de transtornos psiquiátricos descompensados, desconhecimento do diagnóstico e dificuldades relacionadas à leitura e/ou entendimento do TCLE.

Foram abordados 322 pacientes, dos quais 248 (77%) compõem a casuística deste estudo. Dos pacientes recrutados, 58 recusaram-se a participar da pesquisa e 16 foram posteriormente excluídos por razões como: falta de informação sobre o estadiamento após a consulta, reavaliação do estadiamento na data da coleta, dados incorretos constantes no prontuário e não confirmação de metástase ou de doença avançada até a data da coleta.

Os pacientes que concordaram em participar da pesquisa foram instruídos a ler, preencher e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 3). Em seguida, foi solicitado aos participantes que respondessem o questionário de dados sócio-demográficos (Anexo 2), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS (Anexo 5) e a versão em Português do Termômetro de Angústia (Anexo 4).

A HADS é uma escala tipo Likert, composta por 14 afirmativas, que tem como função diagnosticar transtornos de ansiedade e depressão, sendo considerado instrumento padrão-ouro para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos no nosso contexto. A partir da sua correção podem ser obtidos um escore global (HADS-T) e dois escores parciais, sendo uma para ansiedade (HADS-A) e o outro para depressão (HADS-D). Pacientes com escore global igual ou maior do que 15 pontos ou com escores parciais iguais ou maiores do que 8 pontos são aqueles considerados “casos”, ou seja, portadores de transtornos afetivos (ansiedade e/ou depressão).

Foi realizado estudo piloto com 40 pacientes com o objetivo de garantir que os termos utilizados na tradução fossem de fácil entendimento para a amostra estudada. Estes dados foram incluídos na casuística total do estudo.

4 RESULTADOS

4.1 TRADUÇÃO DA PALAVRA *DISTRESS*

A palavra *distress*, proveniente da língua inglesa, não encontra tradução exata na língua portuguesa. Encontramos nos dicionários Inglês-Português diversas traduções para o termo: “aflição, angústia, mágoa, pesar, embaraço” (Dicionário Michaelis, 2000).

A definição da tradução em português pela palavra angústia, como aquela que melhor traduz o conceito proposto pela NCCN, deu-se a partir da discussão entre os profissionais envolvidos no processo de tradução e de adaptação cultural do instrumento e entre várias profissionais especialistas na área de psico-oncologia. Estas discussões levaram em consideração não apenas as questões relativas à tradução do termo e à sua adaptação semântica e idiomática, mas também os aspectos levantados pela NCCN quando da elaboração do instrumento original, ocasião em que o termo *distress* foi escolhido por ser menos estigmatizante, uma vez que é uma palavra menos associada pelos pacientes a transtornos psiquiátricos.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A idade mediana dos participantes foi 60 anos, variando de 18 a 84 (Figura 3).

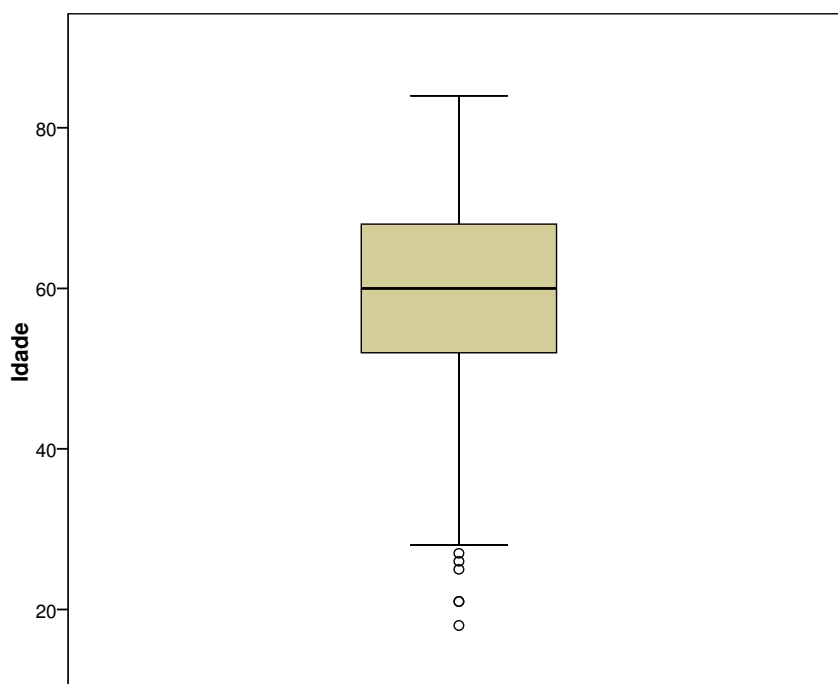


Figura 3 - Distribuição das idades dos participantes

As características sociodemográficas da amostra pesquisada são mostradas na Tabela 1, onde se pode observar que pouco mais da metade dos participantes (54%) era do sexo masculino, 46,8% cursaram o Ensino Superior, 26,2% eram profissionalmente ativos, 71,8% viviam maritalmente. Apenas 18,5% dos pacientes faziam uso de medicação psiquiátrica no momento da realização do estudo e 54,4% estavam sob tratamento oncológico, sendo que 52% do total de pacientes estavam em vigência de quimioterapia antineoplásica.

Tabela 1 - Número e porcentagem de indivíduos segundo dados sócio-demográficos e características clínicas, Hospital A.C. Camargo, Ano 2009

Variável	Categoria	Frequência N (%)
Sexo	Feminino	114 (46,0)
	Masculino	134 (54,0)
Escolaridade	Analfabeto/Ens. Fundamental*	68 (27,4)
	Ens. Médio	64 (25,8)
	Ens. Superior	116 (46,8)
Status profissional	Ativo	76 (30,6)
	Inativo	65 (26,2)
	Aposentado	105 (42,3)
Estado marital	Solteiro	21 (8,5)
	Casado/Amasiado	178 (71,8)
	Viúvo	25 (10,1)
	Separado	22 (8,9)
Medicação psiquiátrica	Sim	46 (18,5)
	Não	202 (81,5)
Tratamento em andamento	Nenhum	113 (45,6)
	Quimioterapia	129 (52,0)
	Radioterapia	4 (1,6)
	Quimioterapia + Radioterapia	2 (0,8)

* Analfabetos – 3 pacientes

A religião predominante entre os voluntários foi a católica (175 pacientes), a maioria dos pacientes (194) foi atendida na Instituição através de convênio médico particular e 199 participantes eram provenientes do Estado de São Paulo (Figuras 4, 5 e 6).

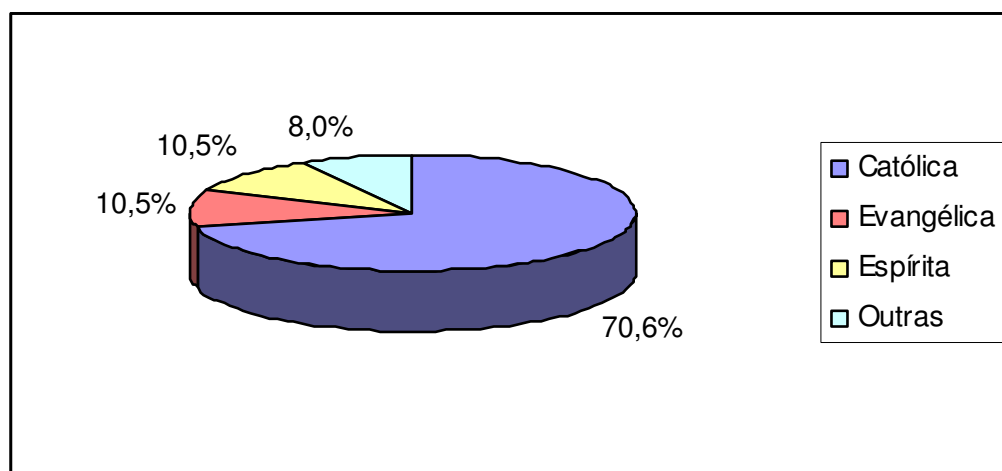


Figura 4 - Frequência das categorias referentes à religião.

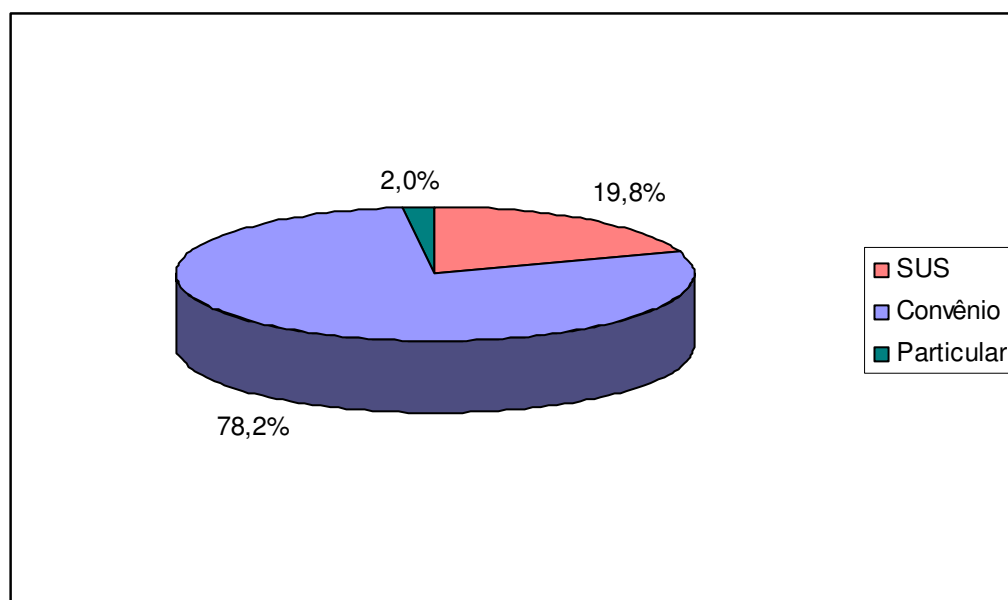


Figura 5 - Frequência das categorias referentes ao vínculo financeiro com a Instituição

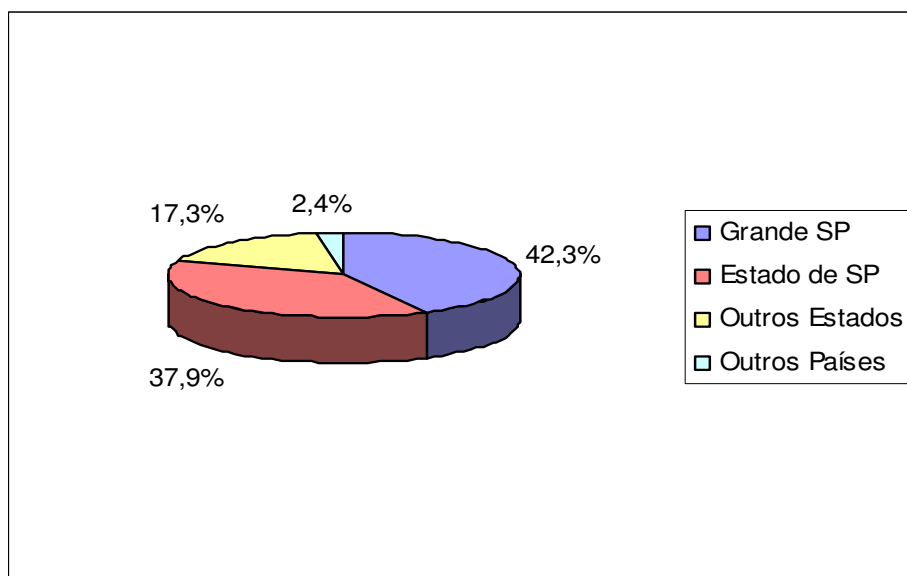


Figura 6 - Frequência das categorias referentes à procedência dos pacientes

Conforme os critérios de inclusão na pesquisa, todos os participantes eram portadores de neoplasias avançadas do trato gastrointestinal (TGI), sendo 41,1% dos casos localizados em intestino delgado e cólon, 23,8% em junção retossigmóide e reto, 13,7% em estômago, 9,7% em pâncreas, 5,2% em fígado, vias biliares, vesícula biliar e outras partes não especificadas do fígado, 4,8% em esôfago e 1,6% em anus e canal anal (Tabela 2).

Tabela 2 - Número e porcentagem de pacientes segundo localização das neoplasias, Hospital A.C. Camargo, Ano 2009

Neoplasia	Frequência N (%)
Esôfago	12 (4,8)
Estômago	34 (13,7)
Intestino Delgado e Cólon	112 (41,1)
Junção Retossigmóide e Reto	59 (23,8)
Anus e Canal Anal	4 (1,6)
Fígado, Vias Biliares, Vesícula Biliar e outras partes NE do fígado	13 (5,2)
Pâncreas	24 (9,7)

4.3 ESCALAS DE AVALIAÇÃO

Os resultados obtidos na HADS apontam que 60 pacientes (24,2%) alcançam escores maiores ou iguais a 15, ou seja, são considerados “casos”. As subescalas de ansiedade e depressão apresentam, respectivamente, 51 (20,6%) e 49 (19,8%) pacientes acima das notas de corte (8 pontos em cada) (Figura 7).

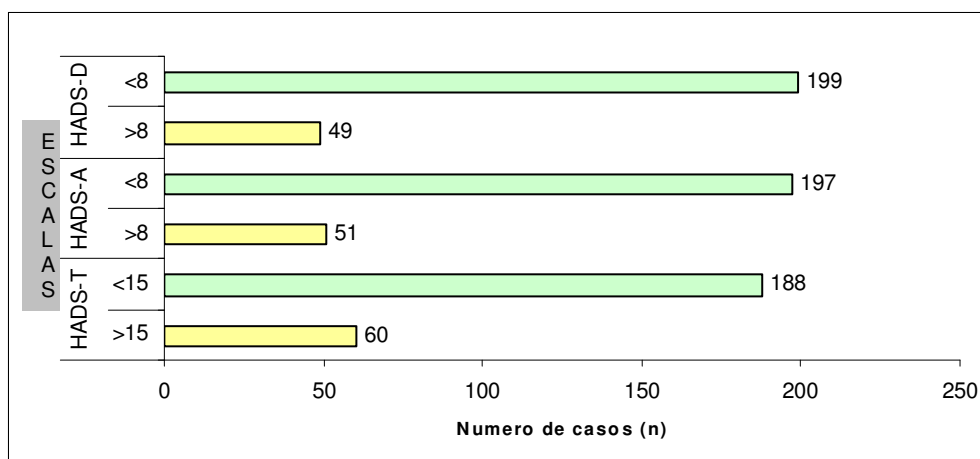


Figura 7 - Incidência de Ansiedade e Depressão segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Na versão brasileira do Termômetro de Angústia (TA), os participantes da pesquisa obtiveram escore mediano de três pontos, com pontuações variando de zero a dez (escores mínimo e máximo da escala).

A Figura 8 aponta os resultados obtidos a partir do preenchimento da Lista de Problemas, que complementa o TA. A observação destes elementos indica que os problemas físicos foram os mais prevalentes entre os entrevistados, seguidos pelos problemas emocionais. Os dados mostram

que 233 (94%) entrevistados apresentavam pelo menos um sintoma físico, 206 (83,1%) dos pacientes estavam experienciando dificuldades emocionais no momento da avaliação, 129 (52%) estavam vivenciando problemas práticos, 59 (23,8%) fizeram referência a questões familiares e apenas 22 (8,9%) relataram questões religiosas/espirituais.

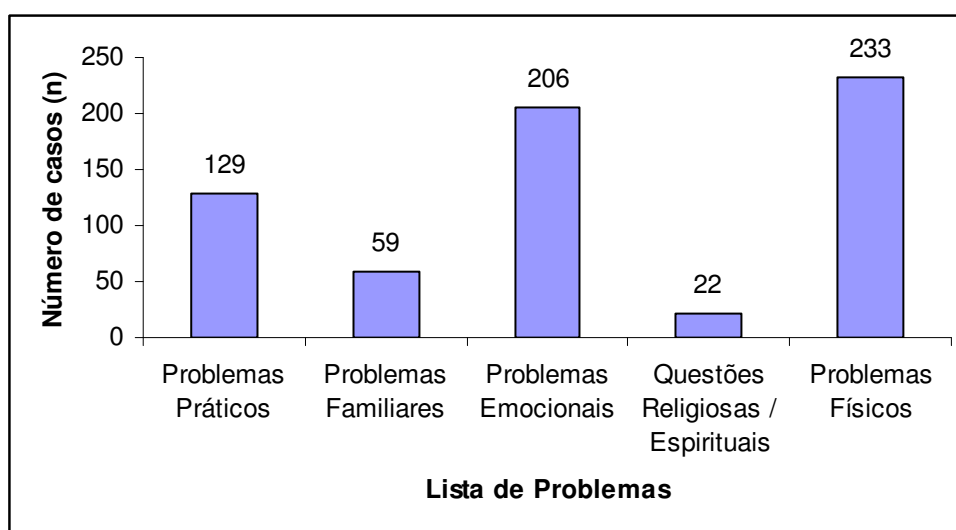


Figura 8 – Histograma por número de casos das categorias da Lista de Problemas.

Os problemas práticos com maior ocorrência estão relacionados a convênio médico/dinheiro (27,8%), seguido de dificuldades para cuidar da casa (19,4%), com transporte (15,7%), relacionadas ao trabalho/escola (11,7%) e, por último, problemas para cuidar das crianças 6,9%. Dentre os problemas familiares levantados, lidar com o companheiro(a) e com os filhos foram apontados por 14,5% e 14,1% dos participantes, respectivamente.

Detectou-se que 72,2% dos participantes apresentaram preocupação, 54% nervosismo, 45,2% tristeza, 29,8% perderam interesse em atividades rotineiras, 26,2% sentiram medo e 18,5% depressão (Tabela 3). Apenas

8,9% dos entrevistados mencionaram problemas referentes a questões religiosas/espirituais.

Já entre os sintomas físicos detectados os mais incidentes, em ordem decrescente, foram: fadiga (48,8%), sono (42,3%), pele seca/coceira (40,7%), formigamento nas mãos ou nos pés (40,3%), dor (39,9%), dificuldades de memória ou concentração (39,5%), dificuldade para alimentar-se (34,3%), náusea (32,3%), atividade sexual (31,5%), diarreia (26,6%), má-digestão (26,6%), locomoção (25,4%), aparência (24,2%), nariz seco/entupido (23,8%), sensação de inchaço (22,2%), alterações na urina (19,0%), respiração (16,9%), tomar banho/vestir-se sozinho (15,3%), feridas na boca (13,7%) e febre (6,0%).

Tabela 3 - Número e porcentagem de pacientes segundo presença de problemas práticos, familiares, emocionais, físicos e questões religiosas/espirituais, Hospital A.C. Camargo, Ano 2009

Lista de Problemas	Frequências N (%)
<i>Problemas Práticos</i>	
Cuidar das Crianças	17 (6,9)
Cuidar da casa	48 (19,4)
Convênio médico/dinheiro	69 (27,8)
Transporte	39 (15,7)
Trabalho/Escola	29 (11,7)
<i>Problemas Familiares</i>	
Lidar com os filhos	35 (14,1)
Lidar com o companheiro(a)	36 (14,5)
<i>Problemas emocionais</i>	
Depressão	46 (18,5)
Medos	65 (26,2)
Nervosismo	134 (54,0)
Tristeza	112 (45,2)
Preocupação	179 (72,2)
Perda de interesse em atividades rotineiras	74 (29,8)
<i>Questões Religiosas / Espirituais</i>	22 (8,9)
<i>Problemas Físicos</i>	
Aparência	60 (24,2)
Tomar banho/Vestir-se sozinho	38 (15,3)
Respiração	42 (16,9)
Alterações na urina	47 (19,0)
Intestino preso	80 (32,3)
Diarréia	66 (26,6)
Alimentar-se	85 (34,3)
Fadiga	121 (48,8)
Sensação de inchaço	55 (22,2)
Febre	15 (6,0)
Locomoção	63 (25,4)
Má digestão	66 (26,6)
Memória/Concentração	98 (39,5)
Feridas na boca	34 (13,7)
Náusea	80 (32,3)
Nariz seco/entupido	59 (23,8)
Dor	99 (39,9)
Atividade sexual	78 (31,5)
Pele seca/Coceira	101 (40,7)
Sono	105 (42,3)
Formigamento nas mãos ou nos pés	100 (40,3)

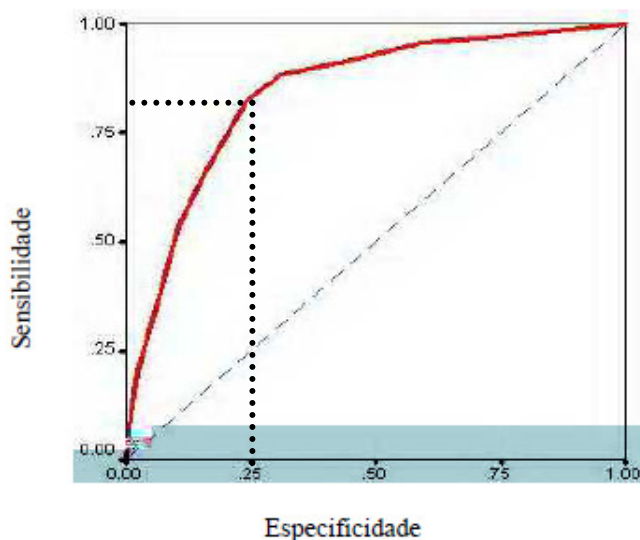
Na Tabela 4 encontram-se descritos os dados relacionados à definição da nota de corte da versão brasileira do TA. Com base na nota de corte da escala HADS, os testes estatísticos realizados para a análise da especificidade e da sensibilidade versão da brasileira do TA demonstraram que a nota de corte mais adequada é de cinco pontos.

Tabela 4 - Número de pacientes segundo escore TA e escore HADS-T, Hospital A.C. Camargo, Ano 2009

TA	HADS-T	
	<15	≥ 15
<5	136	12
≥ 5	43	57
Especificidade – 76,0 % (IC 95% 69,0-82,0)		
Sensibilidade – 82,6% (IC 95% 71,6-90,7)		
Valor Preditivo Negativo – 91,9% (IC 95% 86,3-95,7)		
Valor Preditivo Positivo – 57,0% (IC 95% 46,7-66,9)		

Estes resultados indicam que, ao adotar a nota de corte de cinco pontos, o TA apresenta Especificidade de 76,0% (IC 95% 69,0-82,0), Sensibilidade de 82,6% (IC 95% 71,6-90,7), Valor Preditivo Negativo (VPN) igual a 91,9% (IC 95% 86,3-95,7) e Valor Preditivo Positivo (VPP) igual a 57,0% (IC 95% 46,7-66,9).

A curva ROC apresenta graficamente os coeficientes de sensibilidade e especificidade gerados a partir da nota de corte, cuja acurácia é determinada pela área sob a curva que pode variar de 0,5 (meio) a 1,0 (um), sendo que 1,0 (um) indica acurácia perfeita. A Figura 9 demonstra a análise da curva ROC realizada a partir da definição da nota de corte citada acima, onde a área sob a curva é igual a 0,892 ($p < 0,001$, IC 95% 0,788-0,896).



Área sob a curva= 0,842

$p < 0,001$

IC 95% 0,788-0,896

Figura 9 - Curva ROC (nota de corte)

4.4 COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DO TA DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS

A observação das variáveis sócio-demográficas estudadas indica que o gênero, o tipo de vínculo com a Instituição, a atividade profissional, a escolaridade, o estado civil e o uso de medicação psiquiátrica não estão relacionados com as médias obtidas no TA. Já a idade, a religião, o tratamento oncológico realizado no momento do estudo e a localização da neoplasia estão relacionados ao resultado da avaliação. Pacientes mais jovens apresentaram médias mais altas do que os pacientes com mais de 60 anos ($p=0,002$). Já a diferença observada para as médias do escore do TA segundo a localização da neoplasia deu-se à custa das diferenças

observadas entre os pacientes com câncer de estômago e cólon ($p=0,011$) e entre os portadores de neoplasia de estômago e de ânus e canal anal ($p=0,002$), dados apresentados na tabela 5. A religião também influenciou a média dos participantes, resultado que não pode ser observado quando realizadas múltiplas comparações devido ao tamanho da amostra, que influenciou o poder estatístico do teste.

Tabela 5 - Médias e respectivos desvios-padrão do escore do TA, segundo variáveis sócio-demográficas, clínicas e problemas práticos, familiares, emocionais, físicos e questões religiosas

Variável	Categoria	Média do Score DT (desvio padrão)	p
<i>Gênero</i>	Feminino	3,9 (3,2)	0,523*
	Masculino	3,6 (2,9)	
<i>Idade</i>	< 60 anos	4,2 (3,0)	0,002*
	> 60 anos	3,1 (2,9)	
<i>Vínculo</i>	SUS	3,5 (3,0)	0,543*
	Convênio/Particular	3,8 (3,0)	
<i>Atividade Profissional</i>	Ativo	3,8 (2,8)	0,441 ⁺
	Inativo	4,0 (3,3)	
	Aposentado	3,4 (3,0)	
<i>Escolaridade</i>	Ensino Fundamental	3,2 (0,4)	0,413 ⁺
	Ensino Médio	2,8 (0,3)	
	Ensino Superior	3,0 (0,3)	
<i>Religião</i>	Católica	3,0 (0,2)	0,013 ^{+a}
	Evangélica	3,4 (0,7)	
	Espírita	3,0 (0,6)	
	Agnóstico	2,2 (0,8)	
	Outra	2,3 (0,7)	
<i>Estado Civil</i>	Solteiro	3,0 (0,7)	0,662 ⁺
	Casado/Amasiado	2,9 (0,2)	
	Viúvo	3,3 (0,6)	
	Separado/Divorciado	3,2 (0,7)	
<i>Medicação Psiquiátrica</i>	Sim	4,1 (3,1)	0,312*
	Não	3,6 (3,0)	

Cont/ Tabela 5

<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	Média do Score DT (desvio padrão)	p
<i>Tratamento oncológico em andamento</i>	Não Sim	3,98 (3,14) 3,48 (2,88)	0,236
<i>Neoplasia</i>	Esôfago Estômago Intestino Delgado e Cólon Junção Retossigmóide e Reto Anus e Canal Anal Fígado, Vias Biliares, Vesícula Biliar e outras partes NE do fígado Pâncreas	2,5 (0,7) 3,1 (0,5) 2,1 (0,9) 3,1 (0,3) 2,8 (0,4) 2,1 (0,6) 2,7 (0,5)	0,005 ^{+b}
<i>Lista de Problemas</i>			
Problemas Práticos	Não Sim	3,2 (2,9) 4,2 (2,9)	0,004*
Problemas Familiares	Não Sim	3,5 (2,9) 4,4 (3,1)	0,040*
Problemas Emocionais	Não Sim	0,8 (1,5) 4,3 (2,9)	<0,001*
Questões Religiosas/Espirituais	Não Sim	3,5 (2,9) 5,3 (3,9)	0,038*
Problemas Físicos	Não Sim	0,8 (1,4) 3,9 (2,9)	<0,001*

* Nível de significância estatística segundo o teste de Mann-Whitney

+ Nível de significância estatística segundo o teste Kruskal Wallis

a. Católica=Evangélica (p=0,249); Católica=Espírita (p=0,883); Católica=Agnóstico (p=0,528); Católica=Outras (p=0,275); Evangélica=Espírita (p=0,918); Evangélica=Agnóstico (p=0,115); Evangélica=Outras (p=0,990); Espírita=Agnóstico (p=0,337); Espírita=Outras (p=0,787); Agnóstico=Outras (p=0,092)

b. Estômago≠Cólon (p=0,011); Estômago≠Ânus e canal anal (p=0,002)

A Tabela 6 apresenta os coeficientes de correlação entre o TA e as subescalas da HADS. A análise estatística indicou uma correlação moderada entre o TA e a HADS e suas subescalas - HADS-T, HADS-A e HADS-D ($r=0,638$, $p<0,001$; $r=0,666$, $p<0,001$; $r=0,510$, $p<0,001$ respectivamente).

Tabela 6 - Coeficientes de correlação entre TA e HADS

Grau de Angústia	r	p
HADS – T	0,638	<0,001
HADS – A	0,666	<0,001
HADS – D	0,510	<0,001

* Nível de significância estatística segundo o teste de Spearman

Finalmente, a Tabela 7 mostra as diferenças entre as médias obtidas no TA de acordo com a quantidade de problemas práticos ($p= 0,009$), emocionais ($p<0,001$) e físicos ($p<0,001$) relatados pelos pacientes na Lista de Problemas.

Tabela 7 - Comparação entre as médias no escore do TA de acordo com a Lista de Problemas

Variável	Número de Problemas	Média TA (desvio padrão)	p
Problemas Práticos	0	3,2 (3,0)	0,009*
	1	3,9 (2,8)	
	2 ou +	4,6 (3,2)	
Problemas Familiares	0	3,4 (2,9)	0,122*
	1	4,4 (3,0)	
	2	4,5 (3,6)	
Problemas Emocionais	0	0,8 (1,5)	<0,001*
	1	2,2 (2,3)	
	2 - 3	3,8 (2,5)	
	4 ou +	6,1 (2,7)	
Problemas Físicos	0 a 2	1,6 (1,9)	<0,001*
	3 a 5	3,0 (2,9)	
	6 a 8	3,8 (2,8)	
	9 ou +	5,8 (2,6)	

* Nível de significância estatística segundo o teste Kruskal Wallis

* Questões religiosas/espirituais (vide Tabela 5)

Os resultados preliminares deste estudo foram mostrados em apresentação oral no I Congresso Brasileiro de Cuidados Paliativos – Casa do Cuidar (ZENI et al. 2009) e os resultados finais foram expostos em forma de pôster no Simpósio de Câncer Gastrointestinal da Associação Americana de Oncologia Clínica (DETTINO et al. 2011).

5 DISCUSSÃO

O crescente aumento do interesse científico acerca das questões emocionais que acompanham o paciente oncológico durante o seu longo percurso entre suspeita, diagnóstico, tratamento, remissão, recaída, progressão de doença e proximidade da morte vem abrindo espaço importante para profissionais da área da saúde mental realizarem trabalhos que auxiliem a equipe multiprofissional a cuidar do paciente como um ser holístico e integrado (FORD et al. 1995; HOLLAND 2003).

Os esforços neste sentido vêm apontando para a necessidade de utilização de instrumentos que facilitem a detecção precoce e, conseqüentemente, o manejo adequado das dificuldades emocionais enfrentadas pelos pacientes que, por diversos motivos, vinham sendo negligenciadas até então.

O objetivo deste trabalho foi traduzir para a Língua Portuguesa, adaptar culturalmente e validar o instrumento *Distress Thermometer* para auxiliar a detecção de angústia na população oncológica brasileira.

Os transtornos emocionais mais frequentes na população oncológica são os Transtornos de Ajustamento e o instrumento mais utilizado em contexto hospitalar atualmente no Brasil foi criado para diagnosticar ansiedade e depressão, não sendo indicado para diferenciar sintomas mais sutis destas patologias (DEROGATIS et al. 1983; BOTEGA et al. 1995). Além disso, os sintomas de sofrimento emocional vivenciados por pacientes

portadores de doenças crônicas muitas vezes não são detectados por instrumentos desenhados para detectar transtornos psiquiátricos, por tratarem-se de sintomas subsindrômicos (ROTH et al. 1998). Estes fatos indicam a importância de traduzir e validar um instrumento capaz de detectar dificuldades emocionais de adaptação como a angústia, que pode ser subdiagnosticada e, conseqüentemente, pouco valorizada pela equipe de cuidados.

Atualmente inúmeras pesquisas indicam que todas as fases percorridas pelo paciente, desde a suspeita do diagnóstico oncológico até a morte em decorrência da mesma, suscitam emoções diversas e que acometem os pacientes com intensidades variadas (FORD et al. 1995; BOTEGA et al. 1995; AKIZUKI et al. 2003; KRUIJVER et al. 2006; WILSON et al. 2007). Por este motivo, alguns pacientes são capazes de lidar sozinhos com estes sentimentos e outros precisam de ajuda especializada de profissionais da saúde mental para lidar com eles (VITEK et al. 2007).

A dificuldade para lidar com estas questões encontra-se ainda mais evidenciada em pacientes com doença avançada, uma vez que os mesmos são acometidos por uma vasta gama de sintomas físicos decorrentes da progressão do câncer (WILSON et al. 2004, 2007; MORITA et al. 2008), motivo pelo qual essa foi a população escolhida como foco deste trabalho.

O instrumento validado neste estudo foi criado por um painel de especialistas na área da oncologia e sua utilização é preconizada por uma das principais instituições mundiais de pesquisa sobre o câncer: a NCCN, que gentilmente autorizou a utilização do instrumento para a sua tradução,

adaptação e validação na presente pesquisa. Além disso, o mesmo já foi adaptado e validado em vários idiomas e com diferentes populações (ROTH et al. 1998; TRASK et al. 2002; AKIZUKI et al. 2003; AKIZUKI et al. 2005; GIL et al. 2005; JACOBSEN et al. 2005; RANSOM et al. 2006; GRAVES et al. 2007; MEHNERT et al. 2007; RECKLITIS et al. 2007; VITEK et al. 2007; DOLBEAULT et al. 2008; GESSLER et al. 2008; GRASSI et al. 2008; HEGEL et al. 2008; MORITA et al. 2008; KEIR et al. 2008; DI DIO et al. 2007; TUINMAN et al. 2008; SHIM et al. 2008; BULLI et al. 2009; VAN DOOREN et al. 2009; HAWKES et al. 2010; MITCHELL 2010; ZWAHLEN et al. 2010).

Em pesquisas realizadas anteriormente, pacientes relatam não sentirem-se confortáveis para contar aos médicos sobre seus sentimentos, postura que dificulta o diagnóstico adequado de necessidade de ajuda especializada. A utilização de um instrumento curto e de fácil entendimento pode ser um grande aliado da equipe, podendo ser utilizado como facilitador da comunicação entre a equipe médica e o paciente. Além disso, o uso de uma escala desta natureza permite o acesso rápido aos sintomas observados e referidos pelo próprio paciente, agilizando o processo de diagnóstico e encaminhamento apropriados, dissipando mais uma dificuldade relatada pelos pacientes: o curto tempo de consulta que inviabiliza a descrição de todos os sintomas experienciados por eles (KRUIJVER et al. 2006; GRAVES et al. 2007).

Vale lembrar que o modelo de atendimento médico feito por operadoras de saúde, bastante presente na realidade brasileira, provoca a

diminuição do tempo de contato entre médico e paciente no contexto ambulatorial, o que muitas vezes dificulta ou inviabiliza a observação de sintomas emocionais vivenciados pela paciente, uma vez que o foco dos atendimentos geralmente está voltado para a percepção da alteração do quadro físico, mais um fator que indica a importância de desenvolvimento de instrumentos auxiliares para avaliação do estado emocional dos pacientes.

Por tratar-se de um instrumento de fácil e rápida aplicação, composto por uma escala visual e uma lista adicional de problemas vivenciados auto aplicativas, o Termômetro de Angústia diminui as dificuldades relatadas. O processo de tradução e de adaptação cultural da escala foi realizado da forma que estas características fossem preservadas.

No que se refere ao processo de coleta dos dados, não foram enfrentadas dificuldades significativas e os pacientes, mesmo acometidos por diversos sintomas desconfortáveis, demonstraram grande interesse em contribuir com a pesquisa, o que resultou em um número expressivo de participantes. Pode-se supor que, diferentemente do que é relatado na literatura, essa participação é indicativa da disponibilidade dos pacientes para tratar de questões tão pessoais e da necessidade de que as mesmas sejam abordadas. Essa diferença observada pode ser fruto da diversidade cultural inerente às diferentes populações abordadas.

A prevalência de ansiedade e depressão expressa através da HADS na amostra estudada aqui é semelhante aos índices obtidos em estudos anteriores e as diferenças observadas entre os estudos podem estar relacionadas a vários fatores, como adoção de notas de cortes diversas e

características da população, como, por exemplo, localização do tumor, idade, gênero e número de sintomas experienciados.

No presente estudo, 27,4% dos pacientes obtiveram escore maior ou igual a oito pontos na subescala HADS-D, taxa semelhante à observada por GIL et al. (2005), a saber 24,4%. Na amostra estudada por TRASK et al. (2002), menos de 20% dos pacientes encontravam-se deprimidos, bem como os participantes da pesquisa de ROTH et al. (1998), na qual 15,2 % dos pacientes pontuaram acima da nota de corte da mesma subescala.

Já na subescala HADS-A, que aponta a prevalência de transtornos ansiosos, o índice obtido neste trabalho indica que 27,8% dos participantes pontuaram acima da nota de corte (8 pontos), taxas pouco menores do que as observadas nos estudos supra-citados, onde GIL et al. (2005) referem que 35% dos pacientes obtiveram escore maior ou igual a 8 pontos, TRASK et al. (2002) observou taxa de 51% de ansiedade em seus pacientes e ROTH et al. (1998) reportaram 32,6% dos pacientes com pontuação igual ou acima da nota de corte (7 pontos).

Na avaliação global oferecida pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão mensurada pela somatória de todas as respostas (HADS-T) e tomada como nota de corte resultado igual ou maior do que 15 pontos, a prevalência de transtornos emocionais foi de 24,2%, resultado semelhante ao encontrado por GESSLER et al. (2008) 27%, DOLBEAULT et al. (2008) 23% e GIL et al. (2005) 28,8%, mas acima do observado por TUINMAN et al. (2008) 20% e por ROTH et al. (1998) 13%.

Os resultados obtidos nesta pesquisa, a partir da aplicação do TA, indicaram escore mediano de três pontos neste instrumento, o mesmo observado por GESSLER et al. (2008), porém mais baixo do que o referido por TRASK et al. (2002), a saber cinco pontos.

A pontuação média foi de 3,71 com desvio padrão de 3,01 e assemelha-se à pontuação obtida em outros estudos de validação do instrumento. TUINMAN et al. (2008) reportaram escore médio no TA de 3,8 (DP=2,6), DOLBEAULT et al. (2008) obtiveram escore médio de 2,9 (DP=3,0), RANSOM et al. (2006) apresentaram escore médio de 3,4 (DP=2,7) e JACOBSEN et al. (2005) indicaram escore médio de 3,41 (DP=2,79). Em pesquisas que buscaram observar a aplicabilidade do TA como instrumento de rastreamento, a pontuação média no instrumento foi discretamente maior, mantendo-se pouco acima dos quatro pontos: SHIM et al. (2008) referem média de 4,11 pontos (DP=2,33), e GRAVES et al. (2006) reportaram pontuação de 4,56 (DP=2,99).

No presente estudo, os teste estatísticos realizados, considerando a escala HADS como padrão-ouro, indicaram que a nota de corte ideal no TA para a amostra estudada é de cinco pontos. Este escore é adotado também pela grande maioria dos estudos de tradução e validação do instrumento (ROTH et al. 1998; TRASK et al. 2002; AKIZUKI et al. 2003; GIL et al. 2005; GESSLER et al. 2008; TUINMAN et al. 2008).

A definição desta pontuação deve-se também à observação dos índices de sensibilidade e especificidade calculados para vários escores. A análise estatística aqui realizada indicou que os melhores índices são

alcançados com a nota de corte supracitada, onde a sensibilidade obtida é de 82,6% e a especificidade é de 76%. Comparadas a outros trabalhos, estas taxas apresentam-se bastante próximas ou até maiores do que as obtidas por outros autores, indicando que a versão traduzida do TA neste trabalho é um instrumento adequado de rastreamento para a angústia (TRASK et al. 2002; AKIZUKI et al. 2003; GIL et al. 2005; JACOBSEN et al. 2005; SHIM et al. 2008; TUINMAN et al. 2008; GESSLER et al. 2008). A sensibilidade de um instrumento indica a sua capacidade para detectar adequadamente aquilo que mensura – neste caso a angústia. Já a especificidade aponta a porcentagem de pacientes com pontuação abaixo da nota de corte que de fato não apresentam angústia significativa.

Já o Valor Preditivo Positivo (VPP) indica a porcentagem de pacientes, com pontuação igual ou maior do que a nota de corte, que encontram-se angustiados, e o Valor Preditivo Negativo (VPN) indica qual a porcentagem de pacientes que obtiveram pontuação menor do que a nota de corte e que, de fato, não necessitam de ajuda para lidar como o sintoma. Comparando-se os achados da presente pesquisa com os VPP encontrados em estudos anteriores, pode-se perceber que os índices variam significativamente. Já o VPN obtido na nossa pesquisa (91,9%) aproxima-se bastante dos relatados por outros autores (DOLBEAULT et al. 2008; GESSLER et al. 2008; TUINMAN et al. 2008).

Levando-se em consideração a nota de corte determinada para a versão brasileira do TA, a área sob a curva observada neste estudo foi de 0,892 ($p < 0,001$, IC 95% 0,788-.896). Analisando que a acurácia da nota de

corte é calculada por esta área e que pode variar entre um (perfeita) e 0,5 observa-se a reafirmação do escore indicado como o mais adequado para a aplicação da escala no contexto brasileiro. Vale destacar que o valor da área sob a curva aqui obtido é o maior dentre as reportadas em estudos de validação (GIL et al. 2005; JACOBSEN et al. 2005; SHIM et al. 2008; TUINMAN et al. 2008; GESSLER et al. 2008).

Foram estudadas também as correlações entre o TA e as escalas HADS-T, HADS-A e HADS-D que mostraram uma associação moderada entre as escalas. Estes dados são semelhantes aos dados de literatura encontrados (AKIZUKI et al. 2003; GIL et al. 2005; DOLBEAULT et al. 2008; TUINMAN et al. 2008) e eram esperados, uma vez que reafirmam que as escalas mensuram sintomas diferentes.

Ressaltamos ainda que os resultados do presente estudo apontam que pacientes mais jovens apresentam níveis de angústia maiores do que os pacientes mais velhos. Avaliando-se que a amostra aqui estudada é composta por pacientes com doença avançada, e consequentemente com prognóstico mais reservado, podemos inferir a partir deste resultado que pacientes com menos de 60 anos podem apresentar maiores dificuldades em lidar emocionalmente com a perda da saúde, a interrupção de planos futuros e com a sua finitude.

Os testes estatísticos indicaram que a religião também pode influenciar o grau de angústia do paciente, porém análises mais detalhadas desta questão não foram conclusivas, provavelmente prejudicadas pelo tamanho da amostra.

Em relação à localização da neoplasia, observou-se que pacientes com câncer de estômago apresentam mais angústia do que os pacientes com neoplasia de cólon e de ânus ou canal anal. As limitações relacionadas à doença percebidas pelos pacientes do primeiro grupo podem explicar esta alteração.

Observou-se ainda que a presença de sintomas incluídos na Lista de Problemas está relacionada a níveis maiores de angústia. Uma vez que a amostra estudada é composta por pacientes com doença oncológica avançada e que a maioria deles estava em tratamento quimioterápico ou radioterápico no momento da avaliação, não causa surpresa que os sintomas físicos tenham sido os mais relatados pelos pacientes. Chamamos a atenção, entretanto, para a prevalência dos sintomas emocionais (preocupação, nervosismo e tristeza), que demonstra claramente a importância da validação e utilização de um instrumento capaz de detectar estas dificuldades para que os pacientes possam ser encaminhados para que recebam ajuda profissional especializada e, conseqüentemente, tratamento adequado para estas questões.

Finalmente, cumpre relatar que DECAT et al. (2009) publicaram a primeira versão traduzida para a língua portuguesa do Termômetro de Angústia. Neste trabalho, os autores optaram por manter o termo *distress* em inglês, palavra que não encontra tradução no nosso idioma. Cabe pensar que por este motivo os participantes do estudo podem ter sido induzidos ao erro, pois não entendiam o que estava sendo questionado e podem ter relatado seus níveis de estresse (e não de angústia) pela proximidade

fonética dos termos e pelo fato de estarem respondendo a uma bateria de testes sobre o estresse, o que pode ser considerado um fator de confusão para a análise dos dados. Além disso, a casuística apresentada aqui é significativamente maior do que na pesquisa anterior (83 pacientes) e pacientes com doença em estágio avançado foram excluídos na ocasião da investigação.

Algumas diferenças na própria tradução do instrumento também podem ser observadas. Na primeira versão os autores incluíram na Lista de Problemas a opção de resposta “não se aplica”, porém no presente estudo o painel de tradutores não julgou necessária esta adição uma vez que a intenção do levantamento destes problemas é identificar o sintoma gerador de angústia e não a possibilidade de sua existência. As modificações semânticas e idiomáticas propostas nesta segunda versão buscaram facilitar a compreensão dos termos sem que isso gerasse prejuízo algum para a tradução. Como exemplo, citamos a palavra *constipation* que pode ser traduzida formalmente por constipação ou mais popularmente como ‘intestino preso’, sendo esta última considerada a tradução mais acessível e compreensível aos pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conviver com pacientes oncológicos e poder acompanhar e tratar as dificuldades emocionais enfrentadas por eles ao longo da trajetória da doença nos chamou a atenção para a necessidade de auxiliá-los a encontrar ajuda para lidar com estas questões precocemente.

Oferecer um instrumento simples, de fácil preenchimento e correção foi o que motivou esse trabalho, que teve como objetivo traduzir, adaptar e validar o Termômetro de Angústia para pacientes oncológicos brasileiros (e de outras nacionalidades que adotam a Língua Portuguesa como idioma).

Esse objetivo foi cumprido e os dados estatísticos demonstraram a validade e confiabilidade da versão em português deste instrumento.

Entretanto, acreditamos que a análise dos demais dados apresentados aqui oferece uma contribuição ainda maior para os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente oncológico.

Estes números indicam que problemas emocionais são vivenciados por grande parte destes pacientes, reforçando a importância do cuidado à saúde mental no contexto oncológico e a importância do trabalho dos profissionais da psicologia e da psiquiatria em conjunto com as demais equipes clínicas.

Vale lembrar que estes dados já vêm sendo publicados pela literatura internacional há mais de uma década e só agora ganham força no nosso país, sinal indicativo da necessidade de maior desenvolvimento de

pesquisas e publicações em periódicos de impacto por profissionais brasileiros.

O sucesso de alcançar o objetivo aqui proposto, entretanto, não deve ofuscar as dificuldades remanescentes neste contexto. Mostram-se imprescindíveis estudos sobre o cuidado com as questões emocionais do paciente na prática clínica, sobre a aceitação por parte dos pacientes de encaminhamentos aos profissionais da saúde mental e das possibilidades de intervenção junto a estes pacientes na nossa realidade, bem como pesquisas com um maior número de participantes do que as existentes no momento.

Entendemos que toda ferramenta psicométrica é um instrumento auxiliar e não substitui a avaliação clínica cuidadosa do paciente e dos sintomas apresentados. Esperamos com este trabalho ter contribuído para facilitar o acesso dos pacientes aos profissionais de saúde mental e para promover a melhora da comunicação entre a equipe profissional e o pacientes no que diz respeito ao diagnóstico das disfunções emocionais, tão presentes no contexto oncológico.

7 CONCLUSÃO

O objetivo do estudo foi alcançado; a escala foi traduzida e validada com as seguintes propriedades psicométricas: nota de corte adotada igual a 5 pontos, a partir da qual a sensibilidade obtida pelo instrumento é de 82,6% e a especificidade é de 76,0 %, dados semelhantes aos resultados mostrados em estudos publicados na literatura científica internacional.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. **Cancer** 2003; 97:2605-13.

Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y. Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. **J Pain Symptom Manage** 2005; 29:91-9.

Bauwens S, Baillon C, Distelmans W, Theuns P. The 'Distress Barometer': validation of method of combining the Distress Thermometer with a rated complaint scale. **Psychooncology** 2009; 18:534-42.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine** 2000; 25:3186-91.

Bergquist H, Ruth M, Hammerlid E. Psychiatric morbidity among patients with cancer of the esophagus or the gastro-esophageal junction: a prospective, longitudinal evaluation. **Dis Esophagus** 2007; 20:523-9.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani AM, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev Saude Publica** 1995; 29:355-63.

Bottomley A. Depression in cancer patients: a literature review. **Eur J Cancer** 1998; 7:181-91.

Bulli F, Miccinesi G, Maruelli A, Katz M, Paci E. The measure of psychological distress in cancer patients: the use of Distress Thermometer in the Oncological Rehabilitation Center of Florence. **Support Care Cancer** 2009; 17:771-9.

Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign-future directions in cancer care. **Psychooncology** 2006; 15:93-5.

Coimbra FJF, Herman P. Câncer de fígado. In: Lopes A, Iyeyasu H, Lopes LF, Almeida ES, Castro RMRPS, editores. **Oncologia para a graduação**. Ribeirão Preto: Tecmedd; 2005. p.313-8.

Coimbra FJF, Montagnini AL. Câncer gástrico. In: Lopes A, Iyeyasu H, Lopes LF, Almeida ES, Castro RMRPS, editores. **Oncologia para a graduação**. Ribeirão Preto: Tecmedd; 2005. p.307-12.

Decat CS, Laros JA, Araujo TCCF. Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. **Psico-USf** 2009; 14:253-60.

Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. **JAMA** 1983; 249:751-7.

Dettino AA, Pontes LL, Pagano T, et al. Distress in gastrointestinal cancer: Distress thermometer (DT, NCCN)—Validation to Brazilian Portuguese. [abstract]. **J Clin Oncol** 2011; 29: 2011 (suppl 4)A608. [Presented at 47th ASCO Annual Meeting-Gastrointestinal Cancers Symposium; 2011 June 4-8; Chicago(IL)].

Di Dio P, Chasen M, Eades M, et al. Use of the distress thermometer in patients enrolled in a cancer nutrition and rehabilitation program [abstract] **Support Care Cancer** 2007; 15:777.

Dolbeault S, Bredart A, Mignot V, et al. Screening for psychological distress in two French cancer centers: feasibility and performance of the adapted distress thermometer. **Palliat Support Care** 2008; 6:107-17.

Ellis J, Lin J, Walsh A, et al. Predictors of referral for specialized psychosocial oncology care in patients with metastatic cancer: the contributions of age, distress, and marital status. **J Clin Oncol** 2009; 27:699-705.

Ferreira FO, Ferreira EAB. Câncer de esôfago. In: Lopes A, Iyeyasu H, Lopes LF, Almeida ES, Castro RMRPS, editores. **Oncologia para a graduação**. Ribeirão Preto: Tecmedd; 2005. p.295-306.

Ford S, Lewis S, Fallowfield L. Psychological morbidity in newly referred patients with cancer. **J Psychosom Res** 1995; 39:193-202.

Gessler S, Low J, Daniells E, et al. Screening for distress in cancer patients: is the distress thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. **Psychooncology** 2008; 17:538-47.

Gil F, Grassi L, Travado L, Tomamichel M, Gonzalez JR. Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among Southern European cancer patients. **Support Care Cancer** 2005; 13:600-6.

Grassi L, Sabato S, Rossi E, Marmai L, Biancosino B. Affective syndromes and their screening in cancer patients with early and stable disease: Italian ICD-10 data and performance of the Distress Thermometer from the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). **J Affect Disord** 2009; 114:193-9.

Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. **Lung Cancer** 2007; 55:215-24.

Hawkes AL, Hughes KL, Hutchison SD, Chambers SK. Feasibility of brief psychological distress screening by a community-based telephone helpline for cancer patients and carers. **BMC Cancer** 2010; 12:10-14.

Hegel MT, Collins ED, Kearing S, Gillock KL, Moore CP, Ahles T. Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. **Psychooncology** 2008; 17:556-560.

Holland JC. Psychological care of patients: psycho-oncology's contributions. **J Clin Oncol** 2003; 21(23 Suppl):253s-265s.

Jacobsen PB, Donavan KA, Trask PC, et al. Screening for distress in ambulatory cancer patients. **Cancer** 2005; 103:1494-502.

Keir ST, Calhoun-Eagan RD, Swartz JJ, Saleh OA, Friedman HS. Screening for distress in patients with brain cancer using the NCCN's rapid screening measure. **Psychooncology** 2008; 17:62163-5.

Kruijver IPM, Garssen B, Visser AP, Kuiper AJ. Signalising psychosocial problems in cancer care: The structural use of a short psychosocial checklist during medical or nursing visits. **Patient Educ Couns** 2006; 62:163-77.

Mehnert A, Lehmann C, Schulte T, Koch U. Presence of symptom distress and prostate cancer-related anxiety in patients at the beginning of cancer rehabilitation. **Onkologie** 2007; 30:551-6.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa/2010 Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2009.

Mitchell AJ. Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. **J Clin Oncol** 2007; 25:4670-81.

Mitchell AJ. Short screening tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. **J Natl Compr Canc Netw** 2010; 8:487-94.

Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al. Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project. **Support Care Cancer** 2008; 16:101-107.

[NCCN] National Comprehensive Cancer Network. Practice Guidelines in Oncology. **Distress management guidelines**. v.1, 2008. Available from: <URL:http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf> [2010 dez 21].

Ransom S, Jacobsen PB, Booth-Jones M. Validation of the Distress Thermometer with bone marrow transplant patients. **Psychooncology** 2006; 15:604-12.

Recklitis CJ, Licht I, Ford J, Oeffinger K, Diller L. Screening adult survivors of childhood cancer with the distress thermometer: a comparison with the SCL-90-R. **Psychooncology** 2007; 16:1046-9.

Rossi BM. Câncer colorretal. In: Lopes A, Iyeyasu H, Lopes LF, Almeida ES, Castro RMRPS, editores. **Oncologia para a graduação**. Ribeirão Preto: Tecmedd; 2005. p.319-26.

Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. **Cancer** 1998; 82:1904-8.

Shim EJ, Shin YW, Jeon HJ, Hahm BJ. Distress and its correlates in Korean cancer patients: pilot use of the distress thermometer and the problem list. **Psychooncology** 2008; 17:548-55.

Trask PC, Paterson A, Riba M, et al. Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. **Bone Marrow Transplant** 2002; 29:917-25.

Tuinman MA, Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra-Weebers JE. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. **Cancer** 2008; 113:870-8.

Van Dooren S, Duivenvoorden HJ, Passchier J, et al. The distress thermometer assessed in women at risk of developing breast cancer. **Psychooncology** 2009; 18:1080-7.

Vitek L, Rosenzweig MQ, Stollings S. Distress in patients with cancer: definition, assessment, and suggested interventions. **Clin J Oncol Nurs** 2007; 11:413-8.

Wilson KG, Graham ID, Viola RA, et al. Structured interview assessment of symptoms and concerns in palliative care. **Can J Psychiatry** 2004; 49:350-358.

Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, et al. Depression and Anxiety disorders in palliative cancer care. **J Pain Symptom Manage** 2007; 33:118-129.

Zabora JR. Interventions: screening procedures for psychosocial distress. In: Holland JC, editor. **Psycho-oncology**. New York: Oxford University, 1998. p.653-61.

Zeni LL, Detino ALA, Costa CL. Tradução, adaptação transcultural e validação do Termômetro de Angústia (Distress Thermometer) da National Comprehensive Cancer Network (NCCN). In: **Anais do I Congresso Brasileiro de Cuidados Paliativos**. Disponível em: <URL:http://www.congressopaliativos.com.br/Apresentacao_Oral.pdf> [26 jan 2011].

Zwahlen D, Hagenbuch N, Carley MI, Recklitis CJ, Buchi S. Screening cancer patients' families with the distress thermometer (DT): a validation study. **Psychooncology** 2008; 17:959-66.

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados sobre o paciente

Nome do paciente:

Sexo:

Identidade:

Endereço:

Tel:

Dados sobre o estudo

Título: Tradução, adaptação e Validação do Termômetro de Angústia

Pesquisadora responsável: Célia Lúcia da Costa

Departamento: Psiquiatria e Psicologia

Cargo: Diretora do Departamento de Psiquiatria e Psicologia

O estudo tem o objetivo de traduzir, adaptar culturalmente e validar o instrumento Termômetro de Angústia. Os pacientes responderão a questionários contendo perguntas sobre seu estado emocional. O paciente que aceitar participar do estudo não terá nenhum risco potencial em relação a sua saúde ou mesmo de outra ordem. Espera-se que o estudo possa validar um instrumento que facilite a detecção da angústia em pacientes oncológicos com doença avançada, visando aprimorar a assistência das dificuldades potenciais relacionadas ao adoecimento.

A participação no estudo é voluntária, sendo que o paciente tem o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento. Sua recusa ou desistência não irá prejudicar seu tratamento ou seguimento. A identidade dos pacientes será preservada, sendo que somente os membros da equipe médica e da Comissão de Ética terão acesso aos registros.

Qualquer dúvida sobre o estudo, você poderá ser esclarecida com Célia Lúcia da Costa, no telefone 21895119. Se o pesquisador principal não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o coordenador de Comitê de Ética do Hospital do Câncer A C Camargo, pelo telefone 21895020.

Declaro que fui devidamente esclarecido sobre os riscos e benefícios deste estudo e que tenho a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo ao meu tratamento, que não haverá remuneração

financeira para este estudo e que minha identidade será preservada, mantendo-se todas as informações em caráter confidencial.

Concordo em participar deste estudo.

São Paulo, de de

Assinatura do paciente ou responsável legal

Assinatura e carimbo da pesquisadora

Anexo 2 - Questionário de dados sócio-demográficos

Nome (<i>iniciais</i>):		
Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	RGH:	Idade:
Categoria:	(0) SUS (1) Convênio (2) Particular	
Profissão:	(0) Ativo _____ (1) Inativo (2) Aposentado	
Escolaridade:	(0) Analfabeto (1) Fundamental Completo (2) Médio Completo (3) Superior Completo ou Similar	
Estado Civil:	(0) Solteiro (1) Casado (2) Viúvo (3) Separado (4) Outros _____	
Religião:	(0) Católica (1) Evangélica (2) Espírita (3) Ateu (4) Agnóstico (5) Outra _____	
Procedência:	(0) Grande SP (1) Estado SP (2) Outros Estados (3) Outros Países	
Neoplasia:	CID: Estadiamento: Data do diagnóstico:	
Neoplasia anterior:	CID: Estadiamento: Data do diagnóstico:	
Uso de Medicação Psiquiátrica:	(0) Sim (1) Não	
Tratamento oncológico em andamento:	(0) Não (1) QT (2) RxT (3) QT + RxT	

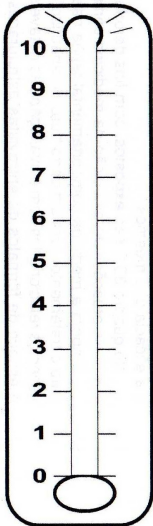
Anexo 3 – Distress Thermometer (NCCN, 2008)

SCREENING TOOLS FOR MEASURING DISTRESS

Instructions: First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.

Extreme distress

No distress



Second, please indicate if any of the following has been a problem for you in the past week including today. Be sure to check YES or NO for each.

YES NO <u>Practical Problems</u> ☐ ☐ Child care ☐ ☐ Housing ☐ ☐ Insurance/financial ☐ ☐ Transportation ☐ ☐ Work/school <u>Family Problems</u> ☐ ☐ Dealing with children ☐ ☐ Dealing with partner <u>Emotional Problems</u> ☐ ☐ Depression ☐ ☐ Fears ☐ ☐ Nervousness ☐ ☐ Sadness ☐ ☐ Worry ☐ ☐ Loss of interest in usual activities ☐ ☐ <u>Spiritual/religious concerns</u>	YES NO <u>Physical Problems</u> ☐ ☐ Appearance ☐ ☐ Bathing/dressing ☐ ☐ Breathing ☐ ☐ Changes in urination ☐ ☐ Constipation ☐ ☐ Diarrhea ☐ ☐ Eating ☐ ☐ Fatigue ☐ ☐ Feeling Swollen ☐ ☐ Fevers ☐ ☐ Getting around ☐ ☐ Indigestion ☐ ☐ Memory/concentration ☐ ☐ Mouth sores ☐ ☐ Nausea ☐ ☐ Nose dry/congested ☐ ☐ Pain ☐ ☐ Sexual ☐ ☐ Skin dry/itchy ☐ ☐ Sleep ☐ ☐ Tingling in hands/feet
---	---

Other Problems: _____

Anexo 4 - Termômetro de Angústia

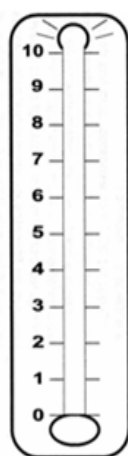
Termômetro de Angústia

Instruções:

1) Circule o número (0-10) que melhor descreve o grau de angústia que você sentiu nos últimos 7 dias, incluindo hoje.

2) Indique se algum dos itens abaixo foi um problema para você nos últimos 7 dias, incluindo hoje. Assinale *SIM* ou *NÃO* para cada item.

Extrema Angústia



Nenhuma Angústia

SIM	NÃO	<u>Problemas Práticos</u>	SIM	NÃO	<u>Problemas Físicos</u>
()	()	Cuidar das crianças	()	()	Aparência
()	()	Cuidar da casa	()	()	Tomar banho / Vestir-se sozinho(a)
()	()	Convênio Médico/Dinheiro	()	()	Respiração
()	()	Transporte	()	()	Alterações na urina
()	()	Trabalho / Escola	()	()	Intestino preso
SIM	NÃO	<u>Problemas Familiares</u>	()	()	Diarréia
()	()	Lidar com os filhos	()	()	Alimentar-se
()	()	Lidar com o companheiro(a)	()	()	Fadiga
SIM	NÃO	<u>Problemas Emocionais</u>	()	()	Sensação de Inchaço
()	()	Depressão	()	()	Febre
()	()	Medos	()	()	Locomoção
()	()	Nervosismo	()	()	Má digestão
()	()	Tristeza	()	()	Memória / Concentração
()	()	Preocupação	()	()	Feridas na boca
()	()	Perda de interesse em atividades rotineiras	()	()	Náusea
SIM	NÃO	<u>Questões Religiosas/</u>	()	()	Nariz seco / entupido
()	()	<u>Espirituais</u>	()	()	Dor
			()	()	Atividade sexual
			()	()	Pele seca / coceira
			()	()	Sono
			()	()	Formigamento nas mãos ou nos pés

Outros problemas:

Traduzido com permissão a partir do The NCCN 1.2008 **Distress Management** Clinical Practice Guidelines in Oncology. ©National Comprehensive Cancer Network, 2008. Disponível em <http://nccn.org> Acessado em 15/01/2008. Para visualizar a versão mais recente e atualizada do Guia online, acesse <http://nccn.org>.

Anexo 5 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (Botega NJ, Bio MR, Zomignani AM, Garcia Jr C e Pereira WAB, 1995)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

Anexo 6 - Autorização de utilização do instrumento para sua tradução.

RE: NCCN Permission Request Submission

Terça-feira, 15 de Janeiro de 2008 13:26

De:

"PermissionRequest" <PermissionRequest@nccn.org>

Para:

lucianazeni@yahoo.com.br

A mensagem contém anexos

[ZENI 01-15-08 \(DISTRESS\).pdf \(45 KB\)](#)

Dear Dr. Zeni,

Thank you for your inquiry. The NCCN has responded positively to your request to translate the Distress Tool into Portuguese to use for your patients. Please see the attached file for full terms.

Thank you,

Lynn Cherrin, MS
Project Assistant
National Comprehensive Cancer Network
275 Commerce Drive
Suite 300
Fort Washington, PA 19034
Phone: 215-690-0252
Fax: 215-690-0283
E-mail: permissionrequest@nccn.org
Web: www.nccn.org <<http://www.nccn.org/>>



National
Comprehensive
Cancer
Network®

500 Old York Road
Suite 250
Jenkintown, PA 19046
215.690.0300
Fax: 215.690.0280
www.nccn.org

January 15, 2008

Luciana: Zeni, Psychologist
Hospital AC Camargo, São Paulo, Brazil
Rua Mario, 247 ap. 71
São Paulo 05048-010
Brazil

Dear Dr. Zeni:

On behalf of the National Comprehensive Cancer Network ("NCCN") I am writing to grant you limited one time permission to reproduce the **Distress Thermometer Screening Tool FIGURE (DIS-A)** from the NCCN **1.2007 Distress Management** Guidelines, translated into **Portuguese**, for use with patients at your institution. Permission is granted solely for the purposes described herein which you represent and warrant to be for non-promotional educational use only. The following qualifications also apply to the permission granted by this letter:

1. You agree to include a citation giving full credit to the NCCN for these Guidelines as follows:
Reproduced with permission from The NCCN 1.2007 **Distress Management** Clinical Practice Guidelines in Oncology. ©National Comprehensive Cancer Network, 2007. Available at: <http://www.nccn.org>. Accessed [Month and Day, Year] To view the most recent and complete version of the guideline, go online to www.nccn.org
2. Permission is for one time use only and expires after one year.
3. You agree that you will not translate, change, adapt, delete, extract portions, or modify the content of the NCCN **1.2007 Distress Management** Guidelines.
4. Permission is for reproduction of the Guidelines in print media only. **No Electronic Rights** (including CD-ROM and Internet) are granted. Reproduction of the Guidelines into any other medium, including but not limited to electronic media, is explicitly prohibited. You further agree that any reproduction of the Guidelines will include NCCN's URL address www.nccn.org, to link to the most updated version of the NCCN **Distress Management** Guideline.
5. Permission is granted for reproduction in the **Portuguese** language only.
6. You agree that the following statements shall be conspicuously included in all guideline reproductions:

"These Guidelines are a work in progress that will be refined as often as new significant data becomes available."

City of Hope

Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center
Massachusetts General Hospital
Cancer Center

Duke Comprehensive
Cancer Center

Fox Chase Cancer Center

Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah

Fred Hutchinson Cancer
Research Center/
Seattle Cancer Care Alliance

Arthur G. James Cancer
Hospital & Richard J. Solov
Research Institute at
The Ohio State University

The Sidney Kimmel
Comprehensive Cancer Center
at Johns Hopkins

Robert H. Lurie Comprehe
sive Cancer Center of Northwestern
University

Memorial Sloan-Kettering
Cancer Center

H. Lee Moffitt Cancer Center
& Research Institute at the
University of South Florida

Roswell Park Cancer Institute

Siteman Cancer Center at
Barnes-Jewish Hospital and
Washington University
School of Medicine

St. Jude Children's
Research Hospital/
University of Tennessee
Cancer Institute

Stanford Comprehensive
Cancer Center

University of Alabama
at Birmingham Comprehensive
Cancer Center

UCSF Comprehensive
Cancer Center

University of Michigan
Comprehensive
Cancer Center

UNMC Bayley Cancer
Center at The Nebraska
Medical Center

The University of Texas
M. D. Anderson Cancer Center

Vanderbilt Ingram
Cancer Center

Anexo 7 - Renovação da autorização de utilização do instrumento para sua tradução.

RE: NCCN Permission Request Submission

Sexta-feira, 14 de Novembro de 2008 14:52

De:

"PermissionRequest" <PermissionRequest@nccn.org>

Para:

lucianazeni@yahoo.com.br

A mensagem contém anexos

Zeni 11-14-08 (DISTRESS).pdf (103 KB)

Dear Dr. Zeni,

I apologize for my long delay in responding to you. NCCN has granted your request to extend permission to translate the Distress Thermometer into Portuguese. Please see the attached permission letter for full terms.

Thank you,

Lynn Cherrin, MS
CE Program Manager
National Comprehensive Cancer Network
275 Commerce Drive, Suite 300
Fort Washington , PA 19034
Main line: 215-690-0300
Direct line: 215-690-0252
Fax: 215-690-0283
Email: permissionrequest@nccn.org

**Anexo 8 - Autorização de publicação do instrumento traduzido. RE: NCCN
Permission Request Submission**

Quarta-feira, 25 de Novembro de 2009 11:10

De:

"PermissionRequest" <PermissionRequest@nccn.org>

[Adicionar remetente à lista de contatos](#)

Para:

"Luciana L. Zeni" <lucianazeni@yahoo.com.br>

A mensagem contém anexos

1 arquivo (102 KB)

- [Zeni 11-25-09 \(DISTRESS\).pdf](#)

Dear Dr. Zeni,

Thank you for your inquiry. NCCN has responded positively to your request to extend your use of the translated version of the Distress Thermometer. Please be sure to include the following citation line on your translated version:

Translated with permission from The NCCN 1.2010 Distress Management Clinical Practice Guidelines in Oncology. ©National Comprehensive Cancer Network, 2010. Available at: <http://www.nccn.org>. Accessed [Month and Day, Year] To view the most recent and complete version of the guideline, go online to www.nccn.org

Please see the attached permission letter for full details.

Thank you,

Nicole Fair
National Comprehensive Cancer Network
275 Commerce Drive, Suite 300
Fort Washington, PA 19034
Main line: 215-690-0300
Direct line: 215-690-0239
Fax: 215-690-0283
Email: permissionrequest@nccn.org

-----Original Message-----

From: Luciana L. Zeni [mailto:lucianazeni@yahoo.com.br]

Sent: Tuesday, November 24, 2009 7:57 PM

To: PermissionRequest

Subject: RE: NCCN Permission Request Submission

Dear Dr. Cherrin

As previously authorized by NCCN, I have completed the validation process of the Distress Thermometer to Portuguese and I would like to request permission to publish the Portuguese version of DT.

Thank you,

Psic. Luciana L. Zeni
Hospital A.C. Camargo

Anexo 9 – Resumo da apresentação oral realizada no I Congresso Brasileiro de Cuidados Paliativos, Casa do Cuidar, São Paulo, 2009

Tradução, adaptação transcultural e validação do Termômetro de Angústia (*Distress Thermometer*) da *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*.

Luciana Lima ZENI¹

Aldo Lourenço Abbade DETTINO^{1,2,3}

Célia Lúcia da COSTA¹

1-Fundação Antônio Prudente - Hospital AC Camargo-SP; 2-ATDP Saúde Assistência Médica-SP; 3-Instituto de Oncologia de Jundiaí-SP.

Introdução. Estima-se que 30% dos pacientes oncológicos com doença avançada apresentam níveis significativos de angústia e a NCCN (EUA) preconiza que os profissionais que atuam em cuidados paliativos possam identificar, monitorar e tratar este sintoma¹. Para enfrentar limitações relacionadas à identificação destes sintomas, foram criados vários instrumentos que pudessem avaliar o nível de angústia apresentada pelos pacientes, como escalas de avaliação auto aplicativas e entrevistas estruturadas^{2,3}. Dentre elas, o *Distress Thermometer* (DT - Termômetro de Angústia) tem sido amplamente citado na literatura, constando em mais de 50 publicações nos últimos 10 anos que indicam sua eficácia como método rápido de *screening* (rastreamento) em diferentes populações oncológicas⁴.

Objetivo. Traduzir para a Língua Portuguesa, adaptar culturalmente e validar o instrumento *Distress Thermometer*. **Métodos.** A casuística será composta por aproximadamente 200 pacientes, com diagnóstico de neoplasia de trato gastro-intestinal em estágio avançado. Será solicitado aos participantes que respondam à versão traduzida do Termômetro de Angústia e à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), cujos dados obtidos possibilitarão os cálculos necessários para o estabelecimento da validade e da confiabilidade do Termômetro de Angústia.

Resultados. A amostra inicial preliminar (n=85) foi composta por uma maioria de homens (56%), com idade mediana de 59 anos. Dos pacientes abordados, 59,5% são casados, 38,1% estão aposentados, 48,8% possuem graduação em curso de Ensino Superior ou similar, 67,9% são atendidos na Instituição por convênios médicos e a maioria é proveniente da Grande São Paulo (42,9%). A crença religiosa mais comum foi a católica (71,4%) e as neoplasias mais frequentes foram:

Cólon (36,9%), Estômago (17,9%), Reto (17,9%) e Pâncreas (14,3%). Na ocasião da avaliação, 56% dos participantes estavam fazendo tratamento quimioterápico, 13,1% faziam uso de medicação psiquiátrica. Em 7,2% dos casos, o diagnóstico atual era o segundo tumor primário detectado. A mediana de grau de angústia obtida na escala Termômetro de Angústia foi igual a 3, sendo que 59,5% dos participantes indicaram escore menor ou igual a 4 (nota de corte utilizada em publicações anteriores). Na HADS e suas subescalas (Ansiedade - HADS-A e Depressão - HADS-D) as medianas apresentadas foram, respectivamente, 11, 5 e 5; 76,2% dos participantes obtiveram nota igual ou menor que 14 na HADS e nas subescalas HADS-A e HADS-D 77,4% e 78,6% dos pacientes obtiveram notas iguais ou menores que 7, respectivamente. Em relação à lista de problemas apresentada em conjunto com o Termômetro de Angústia, os Problemas Práticos mais indicados foram Convênio/Dinheiro (19,0%) e Cuidar da Casa (14,3%), os Problemas Emocionais mais prevalentes foram Preocupação (71,4%), Nervosismo (51,2%) e Tristeza (45,2%). Já os problemas físicos mais comuns foram Fadiga (48,8%), Sono (46,4%) e Memória/Concentração (40,5%). **Conclusão.** Os dados obtidos a partir desta amostra corroboram a importância da assistência às questões emocionais apresentadas por pacientes com doença oncológica avançada, indicando a necessidade de oferta de um atendimento interdisciplinar no contexto de Cuidados Paliativos, inclusive em oncologia.

Referências Bibliográficas. 1. Vitek L, Rosenzweig MQ, Stollings S. Distress in patients with cancer: definition, assessment, and suggested interventions. *Clin J Oncol Nurs* 2007; 11(3):413-418. 2. Wilson KG, Graham ID, Viola RA, et al. Structured interview assessment of symptoms and concerns in palliative care. *Can J Psychiatry* 2004; 49(6):350-358. 3. Zabora JR. Interventions: Screening procedures for psychosocial distress. In: Holland JC. Psycho-oncology. New York: Oxford University, 1998. p. 653-61. 4. Mitchell AJ. Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *J Clin Oncol* 2007;25(29):4670-81.

Anexo 10 – Resumo da apresentação de pôster realizada no Simpósio de Câncer Gastrointestinal da Associação Americana de Oncologia Clínica, San Francisco, 2011.

Distress in gastrointestinal cancer: Distress thermometer (DT, NCCN)—Validation to Brazilian Portuguese.

Sub-category:

[Multidisciplinary Treatment](#)

Category:

Cancers of the Colon and Rectum

Meeting:

[2011 Gastrointestinal Cancers Symposium](#)

Session Type and Session Title:

General Poster Session C

Abstract No:

608

Citation:

J Clin Oncol 29: 2011 (suppl 4; abstr 608)

Author(s):

A. A. Dettino, L. L. Pontes, T. Pagano, M. F. Fanelli, L. T. Chinen, C. L. Costa; Centro Internacional de Pesquisa e Ensino, Hospital A. C. Camargo, São Paulo, Brazil; Hospital A. C. Camargo, São Paulo, Brazil; ATDP Saude Assitencia Medica, São Paulo, Brazil; Hospital A. C. Camargo, São Paulo, Brazil; Servico de Psiquiatria, Hospital A. C. Camargo, São Paulo, Brazil

Abstract:

Background: Distress is psychological suffering, and DT is its efficient screening scale. Objectives: 1) Translate, culturally adapt, and validate DT to Brazilian Portuguese. 2) Evaluate distress in gastrointestinal cancer patients. **Methods:** Inclusion: ≥ 200 patients with advanced gastrointestinal cancer, age ≥ 18 . Exclusion criteria: uncontrolled psychiatric disorder, not knowing diagnosis, difficulty in understanding informed consent. They answered Brazilian Portuguese translated version of DT, and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Obtained data used to calculate validity and reliability of the DT (cutoff ≤ 4 represents significant distress), using HADS as gold-standard evaluation of distress (cutoff ≤ 14 , and 7 for subscales). **Results:** Preliminary relevant results (n=85) shown in the table. **Conclusions:** Data confirm importance of emotional assistance to patients with oncologic diseases and need of interdisciplinary palliative care. We plan to present updated data in ASCO GI Meeting, and be able to show validation of DT to Brazilian Portuguese.

Age	Median/range (years)	60/18-84
Gender	Male/female	54/46%
Employment	Employed/unemployed/retired	30.6/26.2/42.3%
Academic degree	Illiterate or junior school/high school/college graduated	27.4/48.8/46.8%
Health insurance	Public/health insured/particular	19.8/67.9/2%
Religion	Catholic/evangelic/spirit/other	71.4/10.5/10.5/8.4%
Marital status	Single/married/separated/widower	8.5/72.6/10.1/8.9%
City of origin	Great Sao Paulo/S. Paulo St/Other countries	42.9/37.9/2.4%
Primary tumor	Colon/rectum	42.3/20.2%
	Esophagus/stomach	4.8/13.7%
	Small bowel/pancreas	2.4/9.7%
	Liver, biliary tract/gallbladder	3.2/0.4%
	Anus	1.6%
	Second primary	7.2%
Treatment	Chemotherapy(CT)/none/radiotherapy (RT)/CT+RT	56/45.6/1.6/0.8%
	Psychiatry medication	13.1%
HADS	Median/<=14	10/32.7%
Anxiety subscale (HADS-A)	Median/<7	5/27.9%
Depression subscale (HADS-D)	Median/<7	4/27.4%
DT	Median/<=4	3/59.5%
Problems list		
Practical problems	Insurance/financial	27.8%
	Housing	19.4%
Emotional problems	Fears	72.2%
	Nervousness	54%
	Sadness	45.2%
Physical problems	Fatigue	48.8%
	Sleep	42.3%
	Memory concentration	39.5%